

THESIS

MARBURG

1966

Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Marburg
Kommissarischer Leiter: Prof. Dr. med. J. Hamm

**Untersuchungen
über Persönlichkeitseigenarten von
Ulcus duodeni-Kranken
mit Persönlichkeitsfragebögen und Tests
zur Prüfung von Neurosetendenz und
Frustrationstoleranz**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Ursula Hoffmann
aus Essen

Marburg 1966

Fotodruck von Erich Mauersberger in Marburg

Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Marburg
Kommissarischer Leiter: Prof. Dr. med. J. Hamm

**Untersuchungen
über Persönlichkeitseigenarten von
Ulcus duodeni-Kranken
mit Persönlichkeitsfragebögen und Tests
zur Prüfung von Neurosetendenz und
Frustrationstoleranz**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Ursula Hoffmann

aus Essen

Marburg 1966

Fotodruck von Erich Mauersberger in Marburg

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg am 28.6.1966
gedruckt mit Genehmigung der Fakultät
Dekan: Prof. Dr. med. O. Braun-Falco
Referent: Prof. Dr. med. N. Lang
Correferent: Prof. Dr. med. H. Stutte

Inhalt

	Seite
I. Einleitung und Problemstellung	1
II. Krankengut und Methodik	5
III. Die psychologischen Tests und ihre Durchführung	10
A. Persönlichkeitstests	10
1. Die Eigenschaftswörterliste	10
2. Der situative Fragebogen	11
3. Das Polaritätsprofil	12
4. Der Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen	13
B. Ein Entfaltungstest	15
Der Rosenzweig P-F Test	15
IV. Ergebnisse	18
1. Die Eigenschaftswörterliste	18
2. Der situative Fragebogen	21
3. Vergleiche der Eigenschaftswörterliste mit dem situativen Fragebogen und dem Wartegg-Zeichen-Test	25
4. Das Polaritätsprofil	31
5. Vergleich des Polaritätsprofils mit dem situativen Fragebogen und der Eigenschaftswörterliste	36
6. Der Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen	39
7. Der Rosenzweig P-F Test	51
8. Kasuistische Aneinanderreihung von Testergebnissen des Bilderfrustrationstests im Vergleich mit Konfliktsituation, dem Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen und dem situativen Fragebogen	62
V. Diskussion	68
VI. Zusammenfassung	76



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. Einleitung und Problemstellung.

In der psychosomatischen Literatur finden sich zahlreiche Abhandlungen über Ursachen und Entstehungsbedingungen der Ulcuskrankheit. Die Mehrzahl der Aussagen beruht auf psychoanalytischen und anamnestischen Erhebungen, und nur wenige, wie z.B. von Mayr (39) oder Schneider (52), wurden aufgrund testpsychologischer Untersuchungen gewonnen. Nach Heiß (24) "gibt es noch kein diagnostisches Testverfahren, das die bewegenden Inhalte festzustellen vermag". Er räumt jedoch ein, daß aufgrund von Testergebnissen Vermutungen über Krankheit und Symptomatik angestellt und u.U. sogar Voraussagen über sich anbahnende psychiatrische Erkrankungsformen gemacht werden können.

Seelische Ursachen der Ulcuse Entstehung wurden bereits im 19. Jahrhundert [Brinton 1857 (7), Richet 1878 (48)] und zu Beginn des zwanzigsten [Carlson 1912 (9), von Bergmann 1913 (3)] angenommen. Gilles de la Tourette (16) sprach schon 1904 von dem Ulcuskranken als einer "hysterischen Persönlichkeit".

Silbermann (54) provozierte 1927 bei Hunden durch permanenten Hunger artificielle Ulcera. Gleiche Resultate erzielte später Bonfils (4) bei Ratten, die er experimentell in eine physische und psychische Zwangslage versetzte.

Auch an Kranken mit Magen fisteln wurden Untersuchungen zum Einfluß der Psyche auf die Ulcuse Entstehung gemacht, so z.B. von Wolf und Wolff 1947 (62) bei dem Labordienner Tom. Sie stellten fest, daß Durchblutung, Sekretion und Motilität der Magenschleimhaut stark der Stimmungslage unterlagen. Margolin (37) studierte 1947 eine 22-jährige amerikanische Negerin mit Magen fistel und beobachtete ebenfalls die Abhängigkeit der Magenphysiologie von Emotionen. Beziehungen zwischen der Physiologie des Magens und der Persönlichkeit des Ulcuskranken wurden von vielen Autoren herausgestellt,

so von Draper und Touraine 1927 (13), von Alvarez 1929 (2) - er machte den Begriff der Ulcuspersönlichkeit bekannt - von Hartmann 1933 (23), später von Modell und Potter (41), Marmor (38), Wretmark (63). Glatzel (18) stellte "die spezifische Ulcuspersönlichkeit" ganz in den Vordergrund seiner Betrachtungen. Für ihn ist das Ulcus der "körperliche Ausdruck einer abnormen Erlebnisreaktion". Der Ulcus- kranke gestalte Konflikte, die durchaus nicht ungewöhnlich zu sein brauchen, seelisch und körperlich in ganz bestimmter Art und Weise, [Glatzel (20)].

Alexander (1) hielt aufgrund psychoanalytischer Untersuchungen nicht so sehr den Typ der Persönlichkeit, sondern vielmehr den Typ der Konfliktsituation für entscheidend. Er deckte unbewußte Tendenzen von Passivität und Abhängigkeit auf, die ihren Ursprung in der frühen Kindheit haben sollen. Der Wunsch, in der abhängigen, infantilen Situation zu verbleiben, - geliebt und umsorgt zu werden -, stehe in Konflikt mit dem erwachsenen Ich, das nach Unabhängigkeit und persönlicher Leistung strebe. Kapp und Mitarbeiter (32) bestätigten Alexander, ebenso Schwidder (53), der auch im Gegensatz zu Glatzel nicht so sehr die einheitliche Ulcuspersönlichkeit, als vielmehr die gleichmäßige Fehlverarbeitung innerer Konflikte, Verdrängungen und Gehemmhtheiten als Ursache der Ulcusentstehung für bedeutsam erachtet.

Garma (15) sieht den Ursprung der Ulcuskrankheit ebenfalls in der Kindheit, und auch bei ihm spielt das Mutter-Kind-Verhältnis eine wesentliche Rolle. Im Gegensatz zu Alexander glaubt er jedoch nicht, daß die Abhängigkeit des hilfebedürftigen Kindes von der schützenden, nährenden Mutter unbewußt in das Erwachsenenalter fort dauert. Vielmehr entwarf er 1944 seine Theorie der "schlechten Mutter". Das Kleinkind gewinne durch Frustrationen und Aggressionen, die mit der Nahrungsaufnahme erlitten werden, Bilder einer schlechten Mutter, die in seinem Verdauungstrakt "inkorporiert" ist; ("bad internalized mother"). Diese kindlichen

Vorstellungen sollen bei dem Erwachsenen unbewußt weiter vorhanden sein und bei Frustrationen und aktuellen Konflikten wieder wirksam werden.

Hagsphil (22) spricht von einer in der Kindheit erworbenen neurotischen Struktur als notwendiger Vorbedingung für eine psychogene Symptomatik. Äußere Konflikte und Belastungen aller Art dienen nur als auslösende Momente.

Spiegelberg und Mitarbeiter (56) finden bei der Suche nach neurologischen und psychopathologischen Befunden bzw. Krankheitszuständen in einer Serie von 30 Ulcusfällen Patienten mit echten Neurosen, solche mit Konflikten und Belastungen ohne Neurosen oder Psychopathien, weiterhin Kranke mit Zykllothymien, mit vitalen Verstimmungszuständen, einen Fall von Epilepsie und eine nicht unbedeutende Zahl von Patienten, die keine Auffälligkeiten bieten. Die Autoren kommen zu dem Schluß, "daß nicht in jedem Fall Störungen der oral-kaptativen Triebstruktur oder berufliche Konflikte das Ulcus bedingen bzw. verursachen". Bei Beobachtungen von Patienten mit endogenen Psychosen und vitalen Verstimmungszuständen mit gleichzeitigen Magen-Darm-Erkrankungen erkennt Spiegelberg (57) ein Alternieren zwischen Psychose und Organleiden.

Für Pflanz und Mitarbeiter (45) spielen nicht nur Belastungssituationen, sondern gerade auch deren Gegenteil, sog. "Entlastungssituationen", wie das plötzliche Aufhören seelisch bedrückender und körperlich anstrengender Ereignisse, eine Rolle bei der Manifestierung somatischer Störungen. Ähnliches beschreibt Kalk (31) bei Kriegsbeobachtungen. Ulcus-kranke Soldaten sind im Frontdienst beschwerdefrei und kommen erst in der Etappe wieder zum Arzt.

Christian (10) nennt weniger die Schwere der Belastung, als vielmehr ihren Zusammenhang mit persönlich und mitmenschlich bedeutsamen Situationen einen Faktor für die Ulcuse Entstehung.

Nach seiner Aussage scheint vor allem das Getragensein von einer Gemeinschaft oder echten Gruppe eine wesentliche Rolle zu spielen.

Den zahlreichen Autoren, denen spezifische Persönlichkeitsstrukturen oder Konfliktsituationen oder ganz allgemein Psychogenie als entscheidend oder doch wenigstens bedeutsam bei der Ulcusentstehung erscheinen, stehen andere gegenüber, die solche Faktoren ablehnen oder nur teilweise anerkennen.

Konjetzny (35), der das typische Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür als Komplikation einer Gastro-Duodenitis bezeichnet, sieht in den Veränderungen der Psyche Magenkranker Folgen ihres Leidens. Die bevorzugte Betonung des Neurotischen bei Magenkranken scheint ihm nicht mehr und nicht weniger berechtigt als bei anderen organischen Erkrankungen innerhalb der inneren Medizin. Katsch (33) lehnt in der letzten Auflage des Handbuchs für Innere Medizin psychosomatische Überlegungen bezüglich der Ulcuskrankheit als "Spekulationen" ab. Er glaubt, daß in der Vorgeschichte jedes Kranken, - nicht nur des Ulcuskranken -, fast stets ein Konflikt zu ergründen sei. Wieck und Mitarbeiter (61) negieren ein seelisches Ulcuskorrelat sowohl im Hinblick auf die Persönlichkeit als auch auf die Konfliktsituation. Für Pickert (47) hat die psychosomatische Betrachtungsweise des Ulcusproblems nur Bedeutung für die Aufklärung der Umstände erlangen können, "warum ein bestehendes Ulcus trotz sorgfältiger internistischer Behandlung nicht heilt". Andere Autoren [Bartelheimer (36)] lassen psychische Einflüsse höchstens als Erleichterung für die Manifestierung einzelner Symptome oder Schübe bei bereits ausgebildeter Ulcuskrankheit gelten.

In unserer Arbeit stellten wir uns die Aufgabe, Persönlichkeitseigenarten von Ulcus- und Gastritiskranken mit Hilfe psychologischer Tests quantitativ zu erfassen und miteinander zu vergleichen. Wir wählten Persönlichkeits- und Einstellungstests, einen Leistungstest und einen Berufsinteres-

sentest. Bei der Auswahl einiger Verfahren waren uns die Herren Diplom-Psychologen Boss und Forth des Psychologischen Instituts der Universität Marburg freundlicherweise behilflich. Es sei ihnen an dieser Stelle dafür gedankt.

II. Krankengut und Methodik.

Es wurden 46 männliche Patienten mit Ulcus duodeni und 44 männliche Patienten mit Gastritis getestet.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung bestand ein röntgenologisch nachgewiesenes Ulcus duodeni bei 33 Kranken, davon bei 22 ein Rezidiv. Bei 7 Patienten aus der Gruppe von Ulcuskranken fand sich röntgenologisch ein deformierter Bulbus duodeni ohne Ulcus und 6 hatten zur Zeit nur eine Gastritis.

Bei den 44 Kranken der Gruppe "Gastritis" wurde die Diagnose "Gastritis" klinisch nach Angabe der Beschwerden gestellt.

Die Patienten mit deformiertem Bulbus duodeni, mit Gastritis nach Ulcus duodeni und mit erstem Ulcus duodeni faßten wir zu dem Kollektiv "Kranke mit einmaligem Ulcus duodeni" zusammen.

Die Durchschnittsalter der einzelnen Gruppen waren:

Rezidiv - Ulcus 38,8 Jahre,
einmaliges Ulcus 37,7 Jahre und
Gastritis 32,7 Jahre.

Zwei der 24 Patienten mit einmaligem Ulcus duodeni, drei der 22 mit rezidivierendem Ulcus duodeni und neun der 44 mit Gastritis gaben Magengeschwürsleiden bei Eltern, Geschwistern oder in der näheren Verwandtschaft, wie Großeltern und Geschwistern der Eltern an.

Jeder Patient wurde einzeln getestet, wobei wir darauf bedacht waren, möglichst jede Störung und Ablenkung durch andere Personen von ihm fernzuhalten. Bevor wir mit der eigentlichen Testung begannen, versuchten wir durch vorsichtige Befragung eine möglichst eingehende biographische Anamnese vom Patienten zu erhalten. Während die meisten sofort bereitwillig erzählten, waren einige zunächst etwas mißtrauisch. Bei diesen gelang es uns dann meistens, im Laufe der Testung Näheres über ihr Leben zu erfahren; entweder bemühten wir uns, gewöhnlich im Anschluß an eine Testfrage, ihr Zutrauen zu gewinnen, oder sie berichteten, plötzlich mit der Situation vertraut geworden, von selbst.

Wir wandten folgende Tests an:

1. Baumtest (K. Koch)
2. Maudsley - Persönlichkeitsfragebogen.
Maudsley Medical Questionnaire (H.J. Eysenck)
3. Rosenzweig P - F Test.
The Picture Frustration Study von Saul Rosenzweig.
(Deutsche Bearbeitung von H. Hörmann und W. Moog.)
4. Wartegg - Zeichen - Test
5. Eigenschaftswörterliste. ¹⁾
6. Durchstreichtest ohne Modell (R. Meili)
7. Polaritätsprofil (P.R. Hofstätter)
8. Situativer Fragebogen. ¹⁾
9. Berufs - Interessen - Test (M. Irle)

In der vorliegenden Arbeit werden nur der Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen, die Eigenschaftswörterliste, das Polaritätsprofil und der situative Fragebogen besprochen. Durchführung und Ergebnisse der übrigen Tests siehe in der Inaugural-Dissertation von L. Breitenstein (6).

Die Reihenfolge der Tests wurde nach Möglichkeit in der oben angegebenen Weise eingehalten. Leider konnten nicht bei allen Patienten alle Tests durchgeführt werden, entweder wegen

1) Tests aus dem Psychologischen Institut der Universität Marburg.

Zeitmangels des Probanden oder wegen Nachlassens der Bereitschaft zur Testung. Wenn der Patient deutliche Unlustgefühle äußerte, verzichteten wir auf die Weiterführung der Untersuchung.

Zu den Konfliktsituationen:

Berufliche Schwierigkeiten, einschließlich materieller Nöte und Sorgen hatten 28 Patienten der Gruppe "Ulcus duodeni" und 22 der Gastritisgruppe. Über Spannungen in Ehe und Familie berichteten 16 Patienten mit Ulcus duodeni und 10 mit Gastritis. Phobien fanden sich nur bei drei Ulcuskranken. Bei einem Patienten mit Rezidiv-Ulcus bestand eine abnorme Erlebnisreaktion, (s.S. 62). Bei den meisten Kranken lagen dabei Konfliktgrundlagen gleichzeitig auf mehreren genannten Ebenen vor. Nur bei wenigen Kranken ließen sich die Konfliktstoffe nicht in die Bereiche "Beruf", "Ehe und Familie" und "Phobie" einreihen.

Von den Gastritikern gaben 20 und von den Ulcuskranken 17 Patienten keinerlei Sorgen und Probleme in ihrem Leben an.

Beispiele einiger biographischer Anamnesen und Konfliktsituationen: [weitere siehe im Abschnitt "Ergebnisse" S. 62 und bei L. Breitenstein (6)].

Fall 1:

M., E., 23 J., gelernter Beruf: Maschinenschlosser.
Rezidiv - Ulcus.

Der Patient bekam sein erstes Ulcus duodeni 1961. Er hatte damals zuvor spontan seine Arbeitsstelle verlassen als ihn sein Meister zur Arbeit antrieb. Bald darauf nahm er eine gut bezahlte Stelle als Baggerführer an. Schon nach kurzer Zeit hatte er ein gespanntes Verhältnis zu seinem Vorgesetzten, und er erkrankte an einem zweiten Ulcus duodeni. Jetzt beabsichtigt der Patient in einem Dorfgemeinschaftshaus einen Hausmeisterposten anzunehmen. Sein Wunsch ist, unabhängig von anderen zu arbeiten; "denn er könne den Mund nicht halten, wenn ihm jemand Vorschriften mache".

Fall 2:

H., J., 45 J., gelernter Beruf: Schneider. Seit 1951 Tiefbauarbeiter.

Rezidiv - Ulcus.

Der Patient befand sich von 1945 - 1949 in russischer Kriegsgefangenschaft. Nach der Entlassung nahm er zunächst seine Tätigkeit als Schneider wieder auf. Der Verdienst war jedoch für eine sechsköpfige Familie nicht ausreichend. 1950 bekam der Patient sein erstes Ulcus duodeni. Daraufhin ging er 1951 zum Tiefbau. 1958 baute der Patient ein Haus und bekam sein erstes Rezidiv. Das Haus war mit großen Schulden belastet und bereitete erhebliche Sorgen. 1961 trat bei dem Patienten wieder ein Ulcus duodeni auf.

Das zur Zeit der Untersuchung bestehende dritte Rezidiv-Ulcus stellte sich durch erneute finanzielle Schwierigkeiten - sie waren durch Änderungen der Innenausstattung des Hauses entstanden - ein.

Fall 3:

W., K., 39 J., gelernter Beruf: Großhandelskaufmann, ausgeübter Beruf: Landwirt und ehrenamtlicher Kassenverwalter der Gemeinde.

Rezidiv - Ulcus.

Der Patient findet bei der landwirtschaftlichen Arbeit keine Freude und bewirtschaftet den Hof seinen Eltern zuliebe, die ihn aufgebaut haben. Auch das Ehrenamt der Kassenverwaltung befriedigt ihn zur Zeit nicht mehr. Früher war sein Vater Bürgermeister der Gemeinde, und der Patient hatte bei allen Entscheidungen Mitspracherecht. Mit dem Nachfolger des Vaters hat der Patient kein gutes Auskommen, er glaubt sich und sein Amt durch ihn nicht genügend beachtet.

Fall 4:

K., O., 27 J., gelernter Beruf: Metzger. Jetzt: Hilfsarbeiter. Chronisch rezidivierende Gastritis nach Ulcus duodeni.

Der Patient lebt mit seiner Familie im Haushalt seiner Schwiegereltern. Seine Ehefrau, die nach den Worten des Patienten ein "sehr loses Mundwerk" hat, versteht sich nicht mit ihren Eltern, insbesondere nicht mit ihrem Vater, der Trinker ist. Verläßt die Tochter (einziges Kind) jedoch ihre Eltern, so wird sie enterbt. Der Patient leidet sehr unter den ständigen Familienstreitereien. Er selbst hat mit seinen Schwiegereltern ein recht gutes Einvernehmen.

Fall 5:

W., F., 35 J., Anstreicher.

Chronisch rezidivierende Gastritis.

Der Patient ist bestrebt, beruflich vorwärts zu kommen. In seiner Freizeit liest er Fachliteratur, um über Neuerungen in seinem Handwerk stets informiert zu sein. An seiner Ar-

beitsstelle hat der Patient 10 bis 12 Arbeiter zu beaufsichtigen. Oft gibt es Reibereien, und er hat das Gefühl, daß die Mitarbeiter ihm seine Position mißgönnen. Wörtlich bekennt er: "Der Neid meiner Umgebung läßt mich nie richtig zur Ruhe kommen."

Fall 6:

W., Fr., 37 J., gelernter Beruf: Bäcker. Jetzt: Emaillierer. Chronisch rezidivierende Gastritis.

Der Patient hat Eheschwierigkeiten. Seine Frau fuhr mit den Kindern in Urlaub und betrog ihren Mann mit einem jüngeren Freund der Familie. Der Patient, der seine Frau sehr liebt, verzieh ihr. Sie hat jedoch das Verhältnis zu dem jungen Mann nicht gelöst. Dieser ist, trotz einer ernsthaften Aussprache mit dem Patienten, bis heute weiterhin ständiger Gast seiner Frau.

Fall 7:

St., R., 24 J., gelernter Beruf: Kaufmann. Nach Abschluß der Lehre: drei Jahre freiwilliger Soldat. Jetzt: Krankenpflegeschüler. Gastritis.

Der Patient lebt seit zwei Jahren mit seiner Frau in Scheidung. Er glaubt, daß das Kind, das sie haben, aus einem "Liebesverhältnis" seiner Frau zu seinem Onkel hervorgegangen ist. Bei diesem arbeitete die Frau als der Patient bei der Bundeswehr war. Gerichtlich ist die Angelegenheit noch nicht restlos entschieden.

Den Patienten bedrückt insbesondere, daß seine Frau, die aus sozial schlechten Verhältnissen stammt, es fertiggebracht hat, seine Verwandten, selbst seinen einzigen Bruder, gegen ihn aufzuwiegeln. Lediglich durch die Großmutter, bei der der Patient lebt, (der Vater ist gefallen, die Mutter wohnt in der Ostzone), erfährt er Unterstützung.

III. Die psychologischen Tests und ihre Durchführung.

A. Persönlichkeitstests.

1. Die Eigenschaftswörterliste - E W L -. (29)

Eine 1961 am Psychologischen Institut der Universität Marburg angewandte und dort ausgearbeitete Eigenschaftswörterliste enthält 119 Adjektive. Zur Anwendung der Liste haben wir einige, für einen Teil unserer Patienten schwer verständliche Adjektive, insbesondere Fremdwörter, gestrichen. So besteht die von uns verwandte E W L nur aus 99 Adjektiven. Die Liste wird dem Patienten vorgelegt, und er wird angehalten, Wort für Wort durchzulesen und jeweils die Adjektive zu unterstreichen, die seinem psychischen Zustand entsprechen und diejenigen durchzustreichen, die seinem psychischen Zustand widersprechen. Bei diesem Verfahren handelt es sich also um eine direkte Befragung des Patienten zu seiner Person. Die einzelnen Wörter der Liste werden in einem der folgenden Persönlichkeitsmerkmale verrechnet:

A = Kontaktfreude,

B = Emotionale Stabilität,

C = Durchsetzungsbereitschaft und -fähigkeit
(Submissiv-dominantes Verhalten),

D = Stimmung,

E = Psychische und motorische Aktivität.

Unterstreichung einer Eigenschaft führt bei Einordnung in die zugehörige Kategorie zur Bewertung mit +1; Durchstreichung einer Eigenschaft zur Bewertung mit -1, so daß bei Überwiegen der letzteren innerhalb einer Kategorie ein negativer Wert von A oder B usw. resultiert.

Die Zuordnung der einzelnen Adjektive zu den genannten Kategorien ist durch fünf Psychologen des Instituts unabhängig voneinander vorgenommen worden. Nur dann ist ein Wort in den Test aufgenommen worden, wenn wenigstens drei Psychologen in ihrem Urteil übereingestimmt haben. [Janke und Boss (29)] .

Die Auswertung des Tests ist von uns noch erweitert worden, indem wir einzelne Adjektive gesondert betrachtet haben.

2. Der situative Fragebogen - S T F -. (29)

Auch dieser Test ist ein Verfahren des Psychologischen Instituts Marburg. Im Gegensatz zur Eigenschaftswörterliste handelt es sich um eine indirekte Befragung des Patienten zu seiner Person. Es wird die Verhaltensweise in ganz bestimmten, mehr oder weniger im täglichen Leben auftretenden Situationen geprüft. Dabei sind für den Patienten sowohl die Absicht der Testung als auch der Bedeutungsgehalt der einzelnen Fragen nicht zu erkennen.

Der Test besteht aus einer Liste von 60 Fragen; zu jeder Frage hat der Patient auf einer 7-stufigen Skala (von -3 bis +3) Stellung zu nehmen. Dazu zwei Beispiele:

- (1) "Wären Sie, wenn ein Vorgesetzter Sie tadelte, weniger oder mehr betroffen?"

Die Antwort liegt zwischen den Polen -3 = mehr und +3 = weniger.

- (2) "Neigten Sie, wenn Sie an einer Gruppendiskussion teilnahmen, mehr oder weniger dazu, zu diskutieren oder abwartend zuzuhören?"

In dieser Situation liegt "diskutieren" auf der negativen, also von -1 bis -3 und "zuhören" auf der positiven Seite der Skala, also von +1 bis +3.

Die Auswertung des Tests erfolgt analog der Eigenschaftswörterliste, also auch nach den fünf oben genannten Kategorien. Im Unterschied zur Eigenschaftswörterliste gehen jedoch die einzelnen Fragen mit einem verschiedenen Gewicht in die jeweiligen Kategorien ein, werden also entweder mit einem oder zwei Punkten belegt, wobei die Punkte negativ oder positiv sind. Zudem werden bei diesem Test die verschiedenen Situationen nicht jeweils nur e i n e m

Persönlichkeitsmerkmal zugeordnet, sondern überwiegend in zweien, viele sogar in dreien oder vierten der fünf Kategorien verrechnet.

Die oben angeführte Frage (1) geht z.B. mit jeweils einem Pluspunkt in die Kriterien "Emotionale Stabilität" und "Stimmung" ein. Hat also der Patient "mehr" bei Stufe -2 der Skala angekreuzt, so erhält die Antwort bei der Verrechnung in beiden Kategorien einen Wert von -2.

Die angeführte Frage (2) gibt sowohl Auskunft über die "Durchsetzungsbereitschaft" als auch über die "psychische und motorische Aktivität" und wird in beiden Merkmalen mit zwei Minuspunkten verrechnet. Hat also der Patient z.B. die Frage mit +3 beantwortet, so resultiert daraus ein Wert von -6 in beiden Kategorien.

Die endgültige zahlenmäßige positive oder negative Bewertung jedes der fünf Persönlichkeitsmerkmale ergibt sich aus der Summe der Werte, die in jeder Kategorie errechnet werden.

Bei der Ausführung der Testung haben wir dem Patienten alle Fragen der Reihe nach vorgelesen. (Auf die Frage 19: "Nähmen Sie, wenn Sie ein Philosoph wären, mehr eine epikuräische oder stoische Haltung ein?" wurde wegen Schwerverständlichkeit verzichtet). Der Patient hat auf der vor ihm liegenden Skala die für ihn zutreffende Stufe markiert.

3. Das Polaritätsprofil. P.R. Hofstätter (26)

Das Polaritätsprofil besteht aus 24 polaren Paaren von Adjektiven. Der Bereich zwischen den beiden Polen ist jeweils in 7 "Stufen" unterteilt. So steht z.B. im ersten Paar "hoch" bei Stufe 1, "tief" bei Stufe 7 oder im 19. Paar "feige" bei Stufe 1 und "mutig" bei Stufe 7. In der Ausführung haben wir uns an das Vorgehen von Janke und Boss (29) gehalten und nicht an das ursprünglich von Hofstätter angegebene. Der Patient hat sich seinem augenblicklichen psychischen Zustand entsprechend in die Skala einzustufen.

Auch die Auswertung des Tests erfolgt nach Janke und Boss (29), wobei alle polaren Begriffe getrennt ausgewertet und ihrem psychologischen Bedeutungsgehalt nach interpretiert werden.

Die 24 Polaritäten zeigt Abbildung 7 im Abschnitt Ergebnisse Seite 32.

4. Der Maudsley - Persönlichkeitsfragebogen.

Maudsley Medical Questionnaire (M M Q).
H.J. Eysenck. (14)

Der M M Q besteht aus einer Liste von 56 Fragen, von denen 38 die eigentlichen Testfragen und 18 die sog. Lügenliste darstellen. Die ersteren sprechen neurotische Tendenzen an ("Neurosefragen") und beschäftigen sich in erster Linie mit den bei Neurotikern häufigeren körperlichen Beschwerden und erst an zweiter Stelle mit psychischen Symptomen.

Beispiele: Mir wird gelegentlich schwindelig.

Manchmal kriege ich Herzklopfen.

Ich fühle mich leicht verletzt.

Die Lügenliste dient zur Erkennung von Simulation und Dissimulation und ist ein Maß für die Brauchbarkeit des Gesamtergebnisses. Die Fragen der Lügenliste werden nach Eysenck von normalen Personen im allgemeinen bejahend beantwortet.

Beispiele: Ich habe mitunter Geldsorgen.

Ich erzürne mich manchmal.

Sämtliche Fragen des Tests sind in der Ich-Form abgefaßt, und der Patient unterstreicht "Ja" oder "Nein" hinter der jeweiligen Frage, wie es gerade für ihn zutrifft. Dabei darf keine Frage ausgelassen werden. Eine Zeitbegrenzung ist nicht gegeben.

Um die Tendenz des Fragebogens dem Befragten gegenüber zu maskieren, sind die "Neurosefragen" und die "Lügenfragen" auf dem Testbogen gemischt aufgeführt.

Die Auswertung des Maudsley-Persönlichkeitsfragebogens geschieht in der Weise, daß die Summe der Ja-Antworten auf die Neurosefragen und die der Nein-Antworten auf die Lügenfragen gebildet wird. Erstere stellt nach Eysenck das Maß der neurotischen Tendenz dar; dabei bedeuten Werte von:

0 - 14	Normalität,
15 - 20	zweifelhafte Normalität,
21 - 26	Neurose,
27 und höher	schwerwiegende Neurose.

Die Summe der Lügenfragen stellt ein Kriterium für die Interpretierbarkeit der Neurosefragen dar. Diese ist nach Eysenck bei einem "Lügen"-Wert von:

0 - 2	zweifelhaft (Dissimulation),
3 - 9	normal,
10 - 12	zweifelhaft (Simulation),
13 - 18	unmöglich.

Die Normwerte für beide Teile des Fragebogens sind aufgrund der Testergebnisse bei je 1000 Normalen und nach psychiatrischer Aussage neurotischen Erwachsenen ermittelt worden.

B. Ein Entfaltungstest.

Der Rosenzweig P - F Test.

The Picture Frustration Study von Saul Rosenzweig.
(50, 49)

Deutsche Bearbeitung von H. Hörmann und W. Moog. (25)

Der Test verfolgt die Absicht, die individuellen Reaktionen auf emotionale Belastung zu erfassen. Derartige Reaktionen werden bei einem Menschen in Frustrationssituationen offenbar.

Der Test besteht aus 24 Zeichnungen, auf denen spezifische Frustrationssituationen dargestellt sind. Gesichtszüge und andere Charakteristika der dargestellten Personen sind bewußt weggelassen; siehe Abbildung 1, Seite 16.

Der zu Untersuchende wird angewiesen, ein Bild nach dem anderen anzusehen und die erste ihm in den Sinn kommende Antwort oder Reaktion, die die beschuldigte oder frustrierte Person haben könnte, niederzuschreiben. Der Test fußt auf der Annahme, daß sich der Proband oder Patient mit der benachteiligten Person identifiziert und ihr die Antwort zuschreibt, die für ihn selbst in der jeweiligen Situation zutrifft.

Wir haben den Untersuchungsgang abgewandelt, wiederum zur Vereinfachung für unsere Patienten, indem wir ihre Antworten unbemerkt selbst mitgeschrieben haben.

Die 24 Situationen können in Ich-blockierende, in denen ein Hindernis das Subjekt hemmt, enttäuscht oder sonstwie vereitelt und in Überich-blockierende, in denen das Subjekt durch eine andere Person beschuldigt, angeklagt oder getadelt wird, eingeteilt werden. Die Antworten werden in Bezug auf die R i c h t u n g der Aggression und auf die A r t der Reaktion ausgewertet. Die Richtungen um-

fassen Extrapunitivität (E), Intropunitivität (I) und Impunitivität (M). Jede dieser drei Richtungen wird unterteilt nach dem Reaktionstyp, der in ihr zum Ausdruck kommt. Die Typen sind: Obstacle-Dominance (O-D), das Hindernis dominiert in der Antwort; Ego-Defense (E-D), das Ich oder der Bezug auf das Ich überwiegt; Need-Persistence (N-P), die Lösung der problematischen Situation wird betont.



Abb. 1: Beispiele aus dem Bilderfrustrationstest von S. Rosenzweig.

Aus der Kombination der 6 Kategorien ergeben sich für jede Situation 9 mögliche Auswertungsfaktoren, zusätzlich zwei Varianten (E und I).

		Reaktionstyp		
		O-D	E-D	N-P
Aggressions- richtung	E	E'	E	e
	I	I'	I	i
	M	M'	M	m

Die Auswertung erfolgt in der Weise, daß zunächst für die einzelnen Antworten der getesteten Person die entsprechende Signatur festgestellt wird. Nachdem man dann die Summe der einzelnen Faktoren gebildet hat, erhält man durch Addition aller E', E (in dem E enthalten ist) und e die Häufigkeit der Kategorie Extrapunitivität, usw. und durch Summierung aller E', I' und M' die Häufigkeit der Kategorie Obstacle-Dominance, usw. Näheres zur Bedeutung der 9 Auswertungsfaktoren bei Rosenzweig (50) und im Abschnitt Ergebnisse S. 51.

Sowohl die für Extrapunitivität, Intropunitivität und Impunitivität, als auch die für Obstacle-Dominance, Ego-Defense und Need-Persistence errechneten Prozentsätze ergeben in zusammengefaßter Form als Profil die Tendenzen der Person in Bezug auf Aggressionsrichtung und Reaktionsart.

Die Zusammenstellung der Überich-Patterns, (Superego, bzw. S-E Patterns), gibt einen Überblick über die Art, wie sich die Person verteidigt, wenn ihr eine Verfehlung zur Last gelegt wird; z.B. Ableugnen der Tat oder Bestreiten der damit verbundenen Motivation. Man erhält das Verhältnis der "reinen" E zu den E, der "reinen" I zu den I und erfaßt darüber hinaus M (als Kategorie) + I.

Die Total Pattern zeigen die drei häufigsten Faktoren des Tests in der Reihenfolge ihrer absoluten Häufigkeit an.

Aus der Bestimmung der Testtendenzen ergibt sich, ob der Untersuchte im Verlauf des Tests von einer bestimmten Art oder Richtung der Reaktion zu einer anderen wechselt. Dies hängt von der R e a k t i o n der Person auf ihre e i g e n e n R e a k t i o n e n ab. Durch ein spezifisches, von Rosenzweig angegebenes Rechnungsverfahren kommt man zu einer Aussage über vorhandene oder nicht vorhandene Tendenzen innerhalb des Tests.

Mit dem "Group Conformity Rating" (GCR) erfaßt man die Übereinstimmung der vom Probanden gegebenen Antworten mit den normalerweise (nach der Eichpopulation) bei den einzelnen Bildern zu erwartenden Signaturen.

Für die deutsche Eichung des Tests hat den Bearbeitern eine repräsentative Gruppe von 300 Erwachsenen verschiedenen Alters, verschiedener Bildungsgrade und Berufe zur Verfügung gestanden.

IV. Ergebnisse.

1. Die Eigenschaftswörterliste. E W L.

Wir verglichen die Selbsteinschätzung bei Ulcus- und Gastritiskranken nach einigen Adjektiven der Eigenschaftswörterliste; dabei zeigte sich, daß der Ulcuskranke sich gerade solche Eigenschaften n i c h t zuspricht, die nach der Literatur [Glatzel (19), Pflanz (46), Sullivan u. Mc Kell (58), Schwidder (53, 59)] dem Magen- und besonders dem Ulcuskranken zugeschrieben werden. Es hielten sich im Gegenteil 9/10 unserer Patienten mit rezidivierendem Ulcus duo-

deni für kontaktfreudig und $\frac{3}{4}$ für gesellschaftsliebend; bei den Gastritikern waren es $\frac{2}{3}$ bzw. die Hälfte. Es sagte dagegen nur jeder zwanzigste Kranke mit rezidivierendem Ulcus duodeni von sich selbst, daß er verschlossen sei und nur jeder fünfte fühlte sich gehemmt. Beide Eigenschaften sprachen sich in höherem Maße die Gastritiker zu, nämlich jeder fünfte und fast jeder zweite. Um die unterschiedlich großen Gruppen vergleichend darstellen zu können, errechneten wir Prozentwerte, die jedoch im Rahmen des Fehlers der kleinen Zahl zu werten sind. Die prozentuale Verteilung der genannten Eigenschaften, zusätzlich noch einiger anderer, bei den verschiedenen Gruppen von Magenkranken zeigt die Abbildung 2:

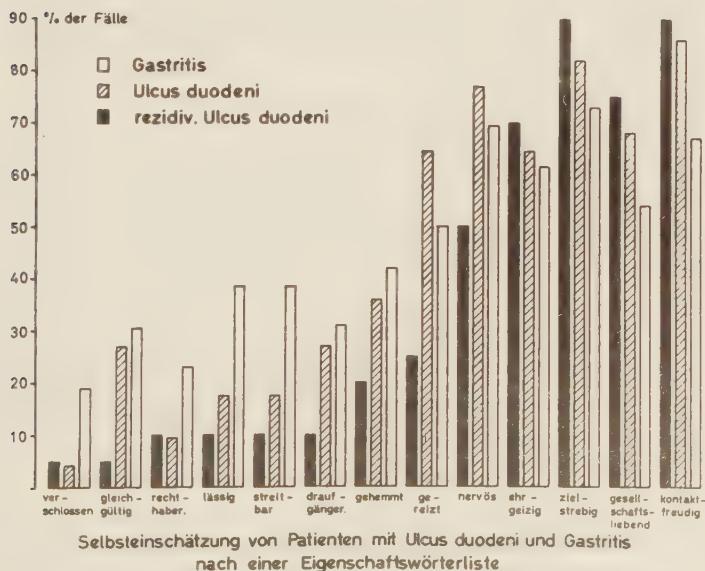


Abb. 2:

In einer Reihe von Eigenschaften findet sich eine deutlichere Abweichung zwischen rezidivierendem Ulcus duodeni und Gastritis als zwischen einmaligem Ulcus duodeni und Gastritis. Einige Unterschiede ließen sich statistisch sichern. Die statistischen Berechnungen erfolgten mit Hilfe der graphischen Tafeln von Koller (34). Bei 5% Überschreitungswahrscheinlichkeit hielten sich die Rezidiv-Ulcus-Kranken gegenüber den Gastritikern signifikant seltener für gleichgültig, lässig, gereizt, streitbar und gegenüber den Patienten mit einmaligem Ulcus signifikant seltener für nervös. Der Vergleich aller Ulcuskranken mit den Gastritikern ergab bei den Eigenschaften lässig und streitbar einen noch deutlicheren Unterschied; (Signifikanz auf der 1%-Ebene). Ebenfalls bei 1% Überschreitungswahrscheinlichkeit signifikant war die Abweichung der Patienten mit rezidivierendem Ulcus duodeni von denen mit einmaligem Ulcus duodeni bei dem Adjektiv "gereizt".

Bei der Verrechnung der Eigenschaftswörter der gesamten Liste ¹⁾ nach den Kriterien:

Kontaktfreude,
Emotionale Stabilität,
Durchsetzungsbereitschaft und -fähigkeit,
Stimmung,
Psychische und motorische Aktivität,

ergab sich die in Tabelle 1 gezeigte Konstellation.

Tab. 1:

	Kontakt- freude	Emotion. Stabili- tät	Durchsetz. Bereitsch. u. Fähigk.	Stimmung	Psych. u. motorische Aktivität
Rezidiv Ulc.duod. (n=20)	+ 6,2	+ 7,3	- 5,4	+ 4,5	+ 5,9
Einmalig. Ulc.duod. (n=22)	+ 6,1	+ 3,5	- 4,6	+ 2,3	+ 4,2
Gastritis (n=26)	+ 5,2	+ 4,8	- 4,4	+ 4,4	+ 5,6

1) Die in Abb.2 gesondert bewerteten Adjektive "draufgängerisch", "ehrgeizig", "gehemmt", "gereizt", "gleichgültig", "lässig", "nervös" und "streitbar" sind in dieser Auswertung nicht berücksichtigt.

Bei den Zahlen in dieser Tabelle handelt es sich um Durchschnittswerte für jede einzelne Kategorie. Danach haben die Kranken mit Rezidiv-Ulcus nach eigener Auffassung eine besonders gute emotionale Stabilität. Bei dem Kriterium "Stimmung" weisen die Patienten mit einmaligem Ulcus einen auffällig niedrigen Wert auf. In den übrigen Merkmalen besteht zwischen den einzelnen Gruppen kein wesentlicher Unterschied.

2. Der situative Fragebogen. S T F.

Im Gegensatz zur Eigenschaftswörterliste wird im situativen Fragebogen nicht die Frage nach bestimmten Eigenschaften, sondern nach dem Verhalten in bestimmten Situationen gestellt. Die Auswertung erfolgt nach den gleichen Persönlichkeitsmerkmalen, nämlich "Kontaktfreude", "Emotionale Stabilität", "Durchsetzungsbereitschaft und -fähigkeit", "Stimmung" und "Psychische und motorische Aktivität".

Die kumulative Verteilung ergab, wie der Verlauf der Kurven in den Abbildungen 3 und 4 zeigt, in allen Kategorien eine fragliche "Linksverschiebung" der der "Magenkranken" gegenüber denen der Normalpersonen, (siehe S.32 und in der Inaugural-Dissertation von M. Dietzel, (12). Es zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Einzelgruppen: Gastritis, rezidivierendes Ulcus duodeni und einmaliges Ulcus duodeni. Am ehesten dürfte die bei dem Kriterium "Psychische und motorische Aktivität" angedeutet vorhandene Abweichung der "Rezidiv-Ulcera" von den übrigen Magenkranken an einem größeren Kollektiv von Patienten bestätigt werden. Der Anteil von Patienten mit *n e g a - t i v e r* psychischer und motorischer Aktivität ist unter den Magenkranken in ihrer Gesamtheit ($n=57$) im Rahmen der 5% Signifikanzgrenze größer als bei den Normalpersonen ($n=40$). (Reeller Unterschied = 23%, maximale Zufallsdifferenz = 20,5%).

Ähnlich ist der Unterschied bei dem Merkmal "Kontaktfreude". Hier zeigen 56% der Magenkranken und nur 35% der Normalpersonen einen *n e g a t i v e n* Wert; (signifikant bei 5% Überschreitungswahrscheinlichkeit; erlaubte Zufallsdifferenz $< 21\%$).

Die Abweichungen sind aber nicht spezifisch für Magenkranken, ähnliche Normabweichungen finden sich auch bei Kranken mit juvenilem Hochdruck [Dietzel, (12)]. Offensichtlich handelt es sich aber um Faktoren, die zusammen mit bestimmten anderen Eigenarten vielleicht die Ulcusentstehung begünstigen und zusammen mit wiederum anderen Eigenarten, die Entwicklung eines juvenilen Hochdrucks.

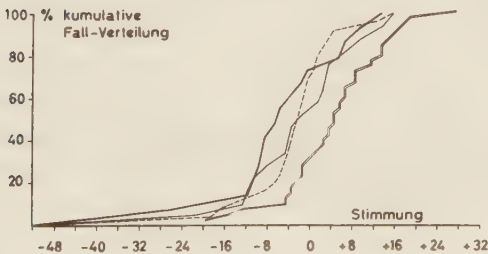
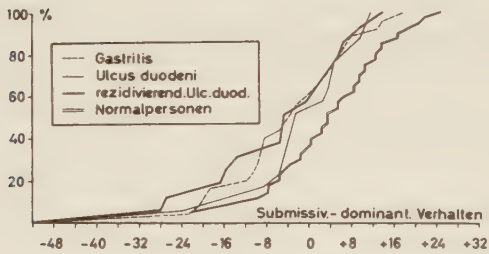
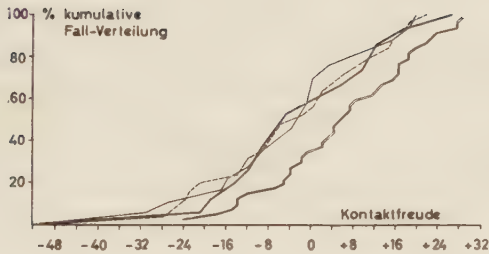


Abb. 3: Kurven der kumulativen Verteilung im situativen Fragebogen.
 Ordinate: Prozentsatz der Patienten
 Abszisse: Stärke des betreffenden Persönlichkeitsmerkmals.

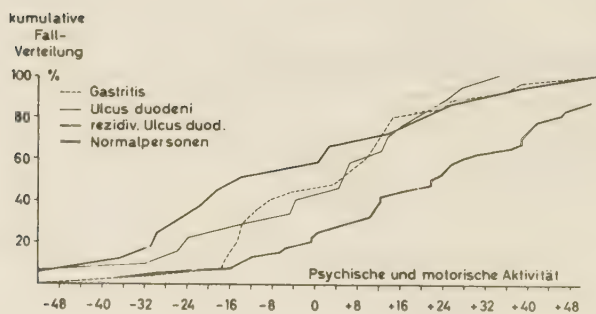
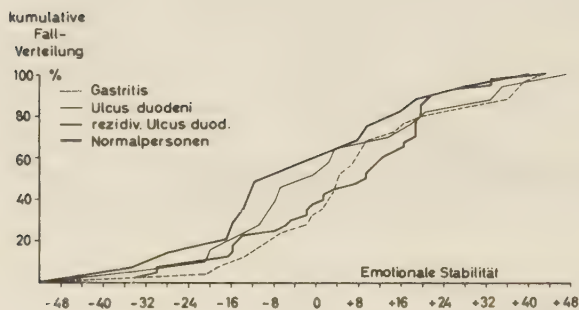


Abb. 4: Kurven der kumulativen Verteilung im situativen Fragebogen.
Ordinate: Prozentsatz der Patienten,
Abszisse: Stärke des betreffenden Persönlichkeitsmerkmals.

3. Vergleiche der Eigenschaftswörterliste mit dem situativen Fragebogen und dem Wartegg-Zeichen-Test.

Der Sinn eines Vergleichs von Eigenschaftswörterliste und situativem Fragebogen liegt darin, die Aussagefähigkeit beider Tests zu vertiefen und zu erfahren, wie weit die Aussage des "objektiveren" situativen Fragebogens mit der Direktbefragung der Eigenschaftswörterliste übereinstimmt.

Im Vergleich beider Tests findet sich eine große Streuung der Einzelwerte. Betrachtet man die Verteilung der Einzelwerte in beiden Fragebögen, so findet man für die "Emotionale Stabilität", daß (unabhängig von der Art der Magenerkrankung) Patienten mit negativem Wert in der Eigenschaftswörterliste auch häufiger einen negativen Wert im situativen Fragebogen haben und ebenso Patienten mit positivem Wert in der Eigenschaftswörterliste einen positiven Wert im situativen Fragebogen. Im negativen Bereich des situativen Fragebogens verhalten sich die Patientenzahlen mit einem Wert von +7 und höher in der Eigenschaftswörterliste und einem Wert darunter wie 4:15, im positiven Bereich des situativen Fragebogens wie 15:7.

Die daraus resultierende approximative Verteilungskurve (Abbildung 5), bei der jeweils 7 - 9 Fälle mit benachbartem Wert im situativen Fragebogen zusammengefaßt wurden, zeigt eine angedeutete positive Beziehung zwischen Selbsteinschätzung und "objektiver" Beurteilung bezüglich der emotionalen Stabilität.

Vergleicht man aber die Korrelationen aus den Durchschnittswerten beider Tests zwischen den verschiedenen Patientengruppen (Abbildung 6), so findet man bei den meisten Vergleichen eine negative Korrelation und nirgends eine gesicherte positive. Angedeutet, bzw. fraglich positiv ist allenfalls die Korrelation bei den Merkmalen "Durchsetzungs-

bereitschaft und -fähigkeit" und "Kontaktfreude". (Bei Vergrößerung der Kollektive ließen sich diese positiven Korrelationen möglicherweise sichern). Bezüglich der Kriterien "Emotionale Stabilität", "Stimmung" und "Psychische und motorische Aktivität" ist im Kollektiv der Ulcuskranken, die sich von den Gastritikern im situativen Fragebogen und der Eigenschaftswörterliste selbst nicht signifikant unterschieden, möglicherweise eine stärkere Diskrepanz der Aussage beider Fragebögen zu erwarten.

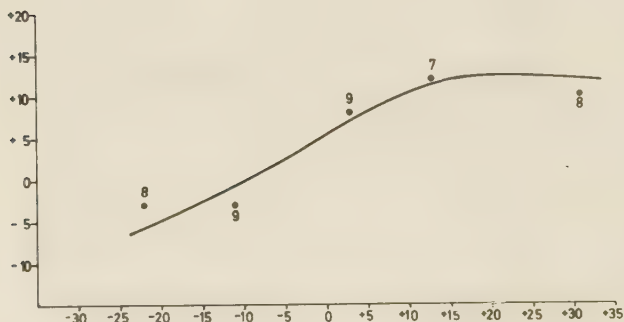


Abb. 5: Beziehung zwischen Selbsteinschätzung in der Eigenschaftswörterliste und "objektiver" Beurteilung im situativen Fragebogen bezüglich des Merkmals "Emotionale Stabilität". Jeweils 7-9 Fälle "Magenkranker" wurden zusammengefaßt. Abszisse: Werte im STF, Ordinate: Werte in der EWL.

Das Fehlen einer signifikanten Korrelation bei den verschiedenen Vergleichen kann seine Ursache in dem relativ kleinen Krankengut haben, kann aber auch auf eine tatsächliche Dissoziation der Aussage beider Testverfahren hinweisen.

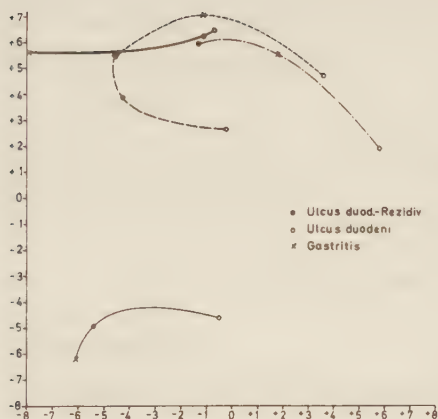


Abb. 6: Vergleich von 5 Persönlichkeitsmerkmalen im situativen Fragebogen (Durchschnittswerte auf der Abszisse) und in der Eigenschaftswörterliste (Durchschnittswerte auf der Ordinate) für 3 Patientengruppen.

- = Kontaktfreude
- = Durchsetzungsbereitschaft und -fähigkeit
- = Stimmung
- = Psychische und motorische Aktivität
- = Emotionale Stabilität

Da es denkbar war, daß es sich bei der Selbsteinschätzung der Patienten nach der Eigenschaftswörterliste um eine Fehleinschätzung handelte, verglichen wir einige besonders hervorstechende Eigenschaften mit entsprechenden Ergebnissen des Wartegg-Zeichen-Tests. Durchführung und weitere Ergebnisse des Wartegg-Zeichen-Tests siehe Breitenstein (6). Die Bedeutung dieses Tests war für den Patienten nicht zu erkennen.

Bei der folgenden Gegenüberstellung wird keine Unterscheidung zwischen rezidivierendem Ulcus duodeni und einmaligem Ulcus duodeni gemacht, sondern es werden die Ulcuspatienten als Gesamtgruppe betrachtet.

Zum Vergleich werden bestimmte adaequate und inadaequate Lösungen des Wartegg-Zeichen-Tests herangezogen. Jeder adaequaten oder inadaequaten Lösung werden nach Wartegg eine oder mehrere ganz bestimmte Eigenschaften zugeordnet.

Adaequate Lösungen im
Wartegg-Zeichen-Test

Selbsteinschätzung in der
Eigenschaftswörterliste

Zeichen 1: selbstsicher

21 Ulcusranke	davon 13 selbstsicher
	4 selbstunsicher
	4 indifferent
14 Gastritiker	davon 8 selbstsicher
	3 selbstunsicher
	3 indifferent

Zeichen 2: erregbar, aufge-
schlossen

20 Ulcusranke	davon 17 kontaktfreudig
	11 aufgeschlossen
	15 teilnehmend
15 Gastritiker	davon 11 kontaktfreudig
	9 aufgeschlossen
	13 teilnehmend

Acht Ulcusranke und drei Gastritiker verhielten sich hinsichtlich des Merkmals "aufgeschlossen" in der Eigenschaftswörterliste indifferent.

Zeichen 3: ehrgeizig, stetig

12 Ulcusranke	davon 8 ehrgeizig
	3 wankelmütig
8 Gastritiker	davon 6 ehrgeizig
	0 wankelmütig

Adaequate Lösungen im Wartegg-Zeichen-Test	Selbsteinschätzung in der Eigenschaftswörterliste
Zeichen 5: <u>aktiv, entschieden</u>	
12 Ulcusranke	davon 10 tatkräftig 11 kontaktfreudig 11 entschlossen
11 Gastritiker	davon 10 tatkräftig 9 kontaktfreudig 8 entschlossen
Zeichen 8: <u>bindungsfähig</u>	
5 Ulcusranke	davon 4 kontaktfreudig 3 gesellschafts- liebend 4 aufgeschlossen
7 Gastritiker	davon 5 kontaktfreudig 2 gesellschafts- liebend 5 aufgeschlossen
Inadaequale Lösungen im Wartegg-Zeichen-Test	Selbsteinschätzung in der Eigenschaftswörterliste
Zeichen 1: <u>entwurzelt</u>	
9 Ulcusranke	davon 6 selbstsicher 1 selbstunsicher 2 indifferent
Zeichen 2: <u>stumpf, kalt, verhalten</u>	
5 Ulcusranke	davon 5 kontaktfreudig 3 aufgeschlossen 3 teilnehmend

Ein Vergleich der Gastritiker konnte in beiden Fällen nicht durchgeführt werden, da nur 4 Patienten Zeichen 1 und 2 Patienten Zeichen 2 inadaequat lösten.

Inadaequale Lösungen im
Wartegg-Zeichen-Test

Selbsteinschätzung in der
Eigenschaftswörterliste

Zeichen 3: depressiv,
schwankend,
ungerichtet

17 Ulcuskranken

davon 13 bedrückt

9 niedergeschlagen

8 Gastritiker

davon 3 bedrückt

2 niedergeschlagen

Zeichen 5: passiv,
unentschieden

14 Ulcuskranken

davon 13 tatkräftig

12 kontaktfreudig

9 entschlossen

Von 11 Gastritikern, bei denen sich eine inadaequale Lösung von Zeichen 5 fand, hatten nur 4 die Eigenschaftswörterliste durchgeführt, so daß auch hier ein Vergleich nicht möglich war.

Zeichen 8: verhärtet

23 Ulcuskranken

davon 21 kontaktfreudig

17 gesellschafts-
liebend

16 aufgeschlossen

8 Gastritiker

davon 7 kontaktfreudig

5 gesellschafts-
liebend

6 aufgeschlossen

Während die Gegenüberstellung der adaequaten Lösungen des Wartegg-Zeichen-Tests mit vergleichbaren Adjektiven der Eigenschaftswörterliste eine gute Übereinstimmung aufweist, zeigt der Vergleich der inadaequaten Lösungen mit entsprechenden Eigenschaftswörtern einige auffällige Abweichungen.

So bezeichnen sich z.B. fast alle Ulcuspatienten, denen nach dem Ergebnis des Wartegg-Zeichen-Tests die Eigenschaft "verhärtet" zugesprochen wird, als "kontaktfreudig" und jeweils ca. 3/4 als "gesellschaftsliebend" und "aufgeschlossen". Von dem kleinen Kollektiv von 14 Ulcuspatienten, die nach dem Wartegg-Zeichen-Test als "passiv" und "unentschieden" bezeichnet werden, hält sich die Mehrzahl für "tatkraftig" (ca. 9 von 10), "kontaktfreudig" (ca. 8 von 10) und "entschlossen" (ca. 6 von 10).

Die Einzeldaten wurden hier trotz der Unmöglichkeit der statistischen Auswertung des kleinen Zahlenmaterials angegeben, um eine Ausgangsbasis für weitere Untersuchungen an einem größeren Krankengut abzugeben.

4. Das Polaritätsprofil.

Wie bei der Eigenschaftswörterliste hat auch bei diesem Test der Patient seinen augenblicklichen psychischen Zustand ganz bestimmten Eigenschaftswörtern zuzuordnen. Die Adjektive sind jedoch im Gegensatz zur Eigenschaftswörterliste nicht beliebig nacheinander aufgezählt, sondern in einer Liste von 24 p o l a r e n Paaren zusammengefaßt. Der Proband soll zu jedem Adjektivpaar innerhalb einer 7-fachen Abstufung seine Antwort geben.

Die Abbildung 7 macht die Form des Polaritätsprofils anschaulich und zeigt zugleich als erstes Ergebnis, daß sich die Mittelwertskurven unserer drei Gruppen von magenkranken Patienten im wesentlichen decken. Auch zwischen den Mittelwertskurven zweier Normalpersonengruppen und den Kurven unserer Patienten zeigt sich auf den ersten Blick keine auffällige Abweichung.

Bei der ersten Gruppe von Normalpersonen handelt es sich um 20 männliche Studenten, im Alter von 20 - 29 Jahren, die anlässlich einer Untersuchung über die Wirkung eines Psychopharmakons von Janke und Boss (29) am Psychologischen Institut Marburg getestet wurden. Wir verwandten den Leerversuch dieses Experiments zum Vergleich.

Die zweite Gruppe von Normalpersonen (n=40) setzt sich aus Patienten unserer Klinik zusammen, die wegen irgendwelcher Bagatellerkrankungen oder aus Vorsichtsmaßnahmen zur Untersuchung kamen. Diese Personen wurden im Rahmen einer Untersuchung zur Psychosomatik des juvenilen Hochdrucks getestet. Vergleiche Dietzel (12).

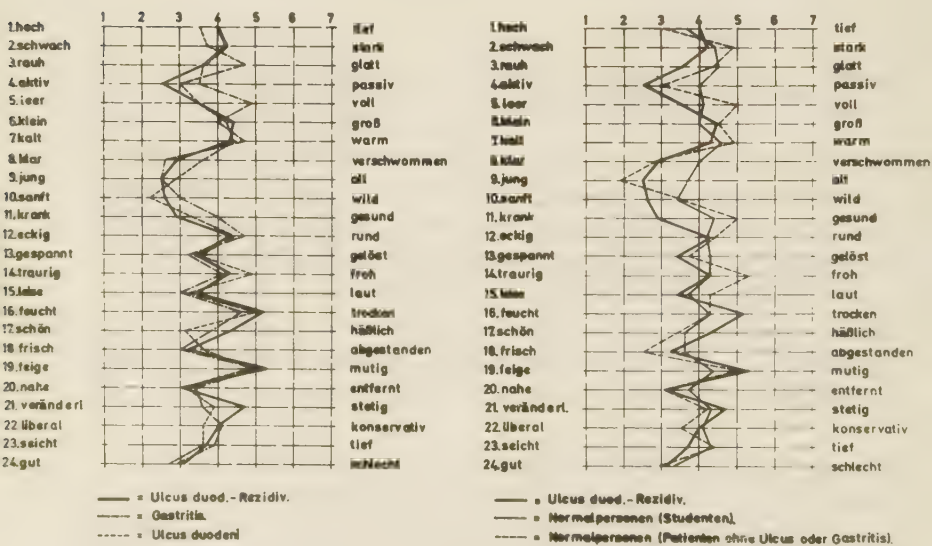


Abb. 7: Polaritätsprofile von drei Gruppen von "magenkranken" Patienten und zwei Normalpersonengruppen.

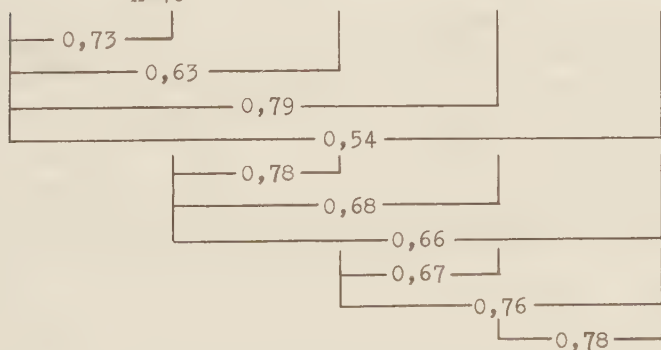
Die Aussage der graphischen Darstellungen wird durch die nach der Formel von Spearman:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N \cdot (N^2 - 1)}$$

errechneten Korrelationen weitgehend bestätigt. Alle Korrelationskoeffizienten liegen zwischen 0,5 und 1,0, das bedeutet, daß zwischen allen getesteten Kollektiven einige Übereinstimmung besteht. Bei der Erhebung der Korrelationskoeffizienten wurde das polare Paar "krank - gesund" nicht mit verrechnet, da zu erwarten war, daß sich Ulcuspatienten kranker fühlen als mehr oder weniger gesunde Normalpersonen.

Korrelationskoeffizienten der Polaritätsprofile:

Normalpers. (Studenten) n=20	Normalpers. (Pat. mit Bagatell- erkrank.) n=40	Gastritis n=15	Einmaliges Ulc. duod. n=19	Rezidivier. Ulcusduod. n=14
------------------------------------	--	-------------------	----------------------------------	-----------------------------------



Die geringste Korrelation fand sich zwischen den Gruppen "Rezidiv-Ulcus duodeni" und "Normalpersonen (Studenten)", auch im Verhältnis zur Korrelation zwischen den Kollektiven "Gastritis" und "Normalpersonen (Studenten)". Eine ähnliche Verschiebung der Korrelationskoeffizienten zeigte der Ver-

gleich der Patienten mit Rezidiv-Ulcus mit den Normalpersonen der Klinik. Die beiden Normalpersonenkollektive unter sich ließen dabei eine ebenso gute Korrelation erkennen wie die Ulcuskollektive unter sich.

Dennoch scheint bemerkenswert, daß die beiden verschiedenen Normalpersonenkollektive immerhin nur mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,73 "übereinstimmten".

Hieraus und aus dem vorher Gesagten erhellt die Problematik, eine tatsächlich vergleichbare Normalpersonengruppe zu erhalten. Beide Gruppen befanden sich anläßlich der Testung in einer gewissen Erwartungshaltung. Bei der ersten Gruppe handelte es sich jedoch um gesunde Personen einer ganz bestimmten Berufszusammensetzung (Studenten). Die zweite Gruppe entsprach, gemessen an ihrer beruflichen Zusammensetzung, zwar eher unseren Patientengruppen, sie suchte jedoch wegen irgendwelcher Bagatellerkrankungen oder zur Vorsichtsuntersuchung die Poliklinik auf und konnte daher nicht als vollkommen gesund bezeichnet werden. Zugleich war die Erwartungshaltung dieser Gruppe nicht ausschließlich auf die Testung, sondern auch auf das Ergebnis der klinischen Untersuchung gerichtet.

Neben den Polaritätsprofilen in ihrer Gesamtheit verglichen wir einige polare Adjektive für sich. Eine nennenswerte Abweichung zwischen der Rezidiv-Ulcus- und der ersten Normalpersonengruppe, aber auch zwischen der Rezidiv-Ulcus- und der Gastritisgruppe schien bei dem Paar "aktiv-passiv" zu bestehen. Die Differenz der Mittelwerte betrug im ersten Fall 1,5 und im zweiten Fall 1,0; d.h., die Patienten mit rezidivierendem Ulcus duodeni bezeichneten sich um durchschnittlich eine bis anderthalb Stufen "aktiver". Dieser Unterschied erwies sich bei einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 5% gerade als signifikant. Auch bei den polaren Adjektiven "leer-voll" ließen sich Unterschiede erkennen. Es betrug die Differenz der Mittelwerte zwischen Rezidiv-Ulcus- bzw. Ulcus- und Gastritisgruppe 1,4 und zwischen den Ulcusgruppen und dem zweiten Normalpersonenkollektiv 1,5; d.h., daß sich die Kranken mit Ulcus duodeni

deutlich "leerer" fühlten als die Vergleichspersonen. Obwohl sich der Unterschied statistisch sichern ließ, (signifikant bei 1% Überschreitungswahrscheinlichkeit), ist es trotzdem fraglich, ob das Ergebnis in irgendeiner Weise spezifisch für Ulcuskranke ist.

In Abbildung 8 sind die Paare "aktiv-passiv" und "leer-voll" bei den Gruppen "Rezidiv Ulcus" und "Gastritis" zueinander in Beziehung gesetzt.

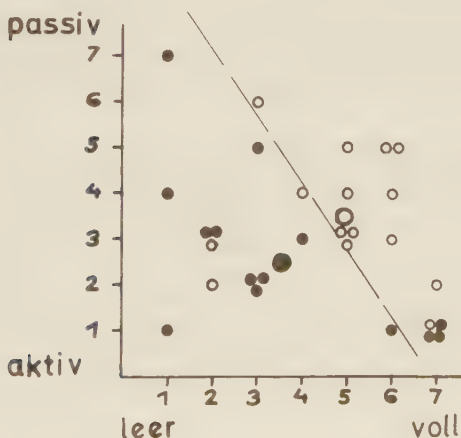


Abb. 8: Vergleich zweier Selbsteinschätzungen (siehe Ordinate und Abszisse) im Polaritätsprofil bei Rezidiv-Ulcus-Kranken (●) und Gastritikern (○).
● und ○ = Mittelwerte.

Zieht man eine Diagonale senkrecht zur Verschiebungsrichtung der Mittelwerte, so liegen aus der Gruppe der Rezidiv-Ulcus-Kranken 11 unterhalb und 3 oberhalb und aus der Gruppe der Gastritiskranken 3 unterhalb und 12 oberhalb der Geraden. (Signifikanz auf der 1%-Ebene. Reelle Differenz = 58,6%, erlaubte Zufallsdifferenz = 65%).

Ein weiterer Unterschied ergab sich bei den Eigenschaften "klar-verschwommen". Es hielten sich sowohl die Gastritiker als auch die Patienten mit rezidivierendem Ulcus duodeni offensichtlich für "klarer" als die Normalpersonen der ersten Gruppe, und zwar um 1,4 bzw. 1,1 Stufen. Die zweite Normalpersonengruppe lag in der Nähe der Rezidiv-Ulcus-Gruppe, so daß sich in diesem Fall auch ein deutlicher Unterschied zwischen beiden Normalpersonenkollektiven erkennen ließ.

Diese beiden Gruppen differierten aber noch bei anderen Adjektivpaaren auffällig. So fühlten sich die Probanden der zweiten Gruppe im Mittel anscheinend "jünger" als die der ersten, obgleich sich beide Gruppen in ihrer Altersverteilung recht gut entsprachen. Die Mittelwerte wichen um 1,8 Stufen voneinander ab. Auch fühlten sich die Personen der zweiten Gruppe eher "frischer" und "froher" als die der ersten.

Derartige Differenzen zwischen verschiedenen Normalpersonenkollektiven zeigen, daß allein schon die Einstellung bei der Untersuchung und die unterschiedliche berufliche Zusammensetzung zu Abweichungen führen können, wie sie zwischen Ulcus duodeni-Kranken und Normalpersonen nicht größer sind.

Bemerkenswert ist schließlich noch ein weiterer, wenn auch nicht so erheblicher Unterschied zwischen den Gastritikern und den Patienten mit rezidivierendem Ulcus duodeni. Die Gastritiker hielten sich eher für "veränderlich", die Rezidiv-Ulcus-Kranken eher für "stetig". Die Differenz beider Mittelwerte betrug 1,0.

5. Vergleich des Polaritätsprofils mit dem situativen Fragebogen und der Eigenschaftswörterliste.

Die Aktivitätseinstufung nach dem Polaritätsprofil verglichen wir mit entsprechenden Adjektiven der Eigenschaftswörterliste und der "Psychischen und motorischen Aktivität" nach dem situativen Fragebogen. Der Vergleich (s. Tabelle 2) war nur bei einem kleinen Kollektiv, bei dem alle drei Tests durchgeführt wurden, möglich.

Die Patienten mit hoher bis sehr hoher Aktivität nach dem Polaritätsprofil und relativ guter Aktivität nach der Eigenschaftswörterliste haben nach dem "objektiveren" situativen Fragebogen eine nur geringe bis äußerst geringe psychische und motorische Aktivität. Umgekehrt verfügen die Patienten, die sich selbst als passiv einschätzen, nach dem situativen Fragebogen über eine recht gute psychische und motorische Aktivität.

Ein ähnliches Resultat schien der Vergleich der drei Tests bei den Gastritikern zu zeigen, allerdings bei der sehr kleinen Zahl von nur 6 untersuchten Patienten. Von den 6 Kranken mit ausschließlich negativem Wert für die psychische und motorische Aktivität im situativen Fragebogen hielten sich 5 für aktiv. Zu einer sicheren Aussage bedarf es eines Mehrfachen der Patientenzahl.

Tab. 2: Vergleich von Polaritätsprofil, situativem Fragebogen und Eigenschaftswörterliste bei Patienten mit Rezidiv-Ulcus. ¹⁾

Polaritäts- profil aktiv/passiv	Situativer Fragebogen psychische u. motorische Aktivität	Eigenschaftswörterliste			
		ent- schlos- sen	tat- kräf- tig	drauf- gänge- risch	streit- bar
1	- 30	+	+	+	o
1	- 51	+	+	o	o
1	- 22	+	+	o	o
2	- 19	+	+	o	o
2	- 37	o	+	o	o
3	+ 2	+	+	o	o
3	+ 52	+	+	o	o
4	+ 36	+	o	o	o
5	+ 25	+	+	o	o
6	+ 19	o	o	o	o

1) Übereinstimmung der Aussage der verschiedenen Tests äußert sich in übereinstimmender Farbe der nebeneinander stehenden Säulen.

Die Gegenüberstellung von Polaritätsprofil, situativem Fragebogen und Eigenschaftswörterliste bei den Patienten mit einmaligem Ulcus duodeni zeigt bemerkenswerterweise ein etwas anderes Bild; vergleiche Tabelle 3.

Alle Kranken, die sich nach dem Polaritätsprofil Passivität zuschreiben, sind auch nach dem situativen Fragebogen psychisch und motorisch passiv. Von den 8 Patienten, die nach dem Polaritätsprofil aktiv erscheinen, lassen 6 auch nach dem situativen Fragebogen eine immerhin mittlere psychische und motorische Aktivität erkennen.

Tab. 3: Vergleich von Polaritätsprofil, situativem Fragebogen und Eigenschaftswörterliste bei Patienten mit einmaligem Ulcus duodeni.

Polaritätsprofil	Situativer Fragebogen	Eigenschaftswörterliste			
		entschlossen	tatkräftig	draufgängerisch	streitbar
1	+ 16	+	+	+	o
1	- 32	+	+	o	o
2	+ 27	+	+	+	+
2	+ 6	+	+	o	o
2	- 5	o	+	o	o
3	+ 34	+	+	o	o
3	+ 13	o	+	o	+
3	+ 12	+	+	o	o
4	- 24	+	o	o	o
5 1)	- 62	-	-	-	-
6	- 15	+	+	+	o
6	- 26	+	+	o	o

1) Von diesem Patienten ist keine Eigenschaftswörterliste vorhanden.

6. Der Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen. M M Q.

- a) Bei Prüfung der Neurose-Häufigkeit mit Hilfe des M M Q ließ sich unter den verschiedenen Gruppen von magenkranken Patienten kein signifikanter Unterschied erkennen. Das Ergebnis zeigt die Tabelle 4.

Tab. 4:

Krankengut	Stärke der neurot. Tendenz		Prozentwert
	Neurose	schwerwiegend. Neurose	
	21-26 Neurose-Fragen mit pos. Beantwortung	mehr als 26 Neurose-Frag. mit posit. Beantwortung	
Rezidivier. Ulcus duod. (n=22)	-	1	ca. 11%
Erstes Ulcus duod. (n=11)	2	-	
Deformiert. Bulb. duod. (n=7)	-	-	
Gastritis n. Ulcus duod. (n=6)	2	-	
Gastritis (n=43)	5	3	ca. 18,5%
"Magenkranke" (n=89)	9	4	ca. 14,5%

Von unseren 46 Kranken mit Ulcus duodeni lagen nur etwa 11% im Bereich der nach dem Test sicheren Neurose. Dieser Prozentsatz entspricht sowohl dem, der von Spiegelberg (56) auf Grund psychiatrischer Untersuchungen bei Ulcus duodeni-Patienten gefunden wurde, als auch dem bei Normalpersonen der Literatur [Eysenck, (14)]. Einen ähnlich hohen Prozent-

satz an "Neurotikern" ergab auch die Testung des schon im vorangegangenen Abschnitt erwähnten Normalpersonenkollektivs unserer Klinik. Vergleiche die Inaugural-Dissertation von Ch. Meinhold (40). Auch alle 89 magenkranken Patienten insgesamt zeigten mit einer Neurose-Häufigkeit von ungefähr 15% keine signifikante Abweichung gegenüber den oben angeführten Normalpersonengruppen.

- b) Wenngleich wir ausgeprägte Neurose bei unseren Ulcuskranken selten fanden, konnten wir doch feststellen, daß die *T e n d e n z* zu neurotischem Verhalten bei ihnen signifikant häufiger war als bei den Normalpersonen unserer Klinik [Meinhold (40)]. Eindeutig im Normbereich bezüglich der Neurosetendenz, d.h., bei einem Neurosewert von weniger als 15 Punkten und einem zugelassenen normalen "Lügenwert" von 3-9 Punkten, lagen 6 (= 9,85%) von 61 Ulcuskranken gegenüber 16 (= 40%) von 40 Normalpersonen. Dieser Unterschied erwies sich als signifikant bei einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0,27%. [Reelle Differenz (30,15%) größer als erlaubte Zufallsdifferenz (27,3%)].

In der Abbildung 9, die auch der oben ausgeführten Berechnung zugrunde liegt, sind einige weitere, später getestete Fälle enthalten.

- c) Es war nun zu klären, ob dieser signifikante Unterschied bezüglich der Neurosetendenz durch häufigere positive Beantwortung ganz bestimmter Fragen vorge-täuscht wurde. Weiterhin war denkbar, daß sich dadurch einige Fragen vielleicht als "ulcus"- bzw. "magen-spezifisch" herausstellten. Wir machten daher, wie Abbildung 10 zeigt, eine Aufgliederung der 38 Testfragen und untersuchten die Häufigkeit ihrer Bejahung.

Auf den ersten Blick erkennt man eine deutliche Diskrepanz zwischen den Gastritikern und den Patienten mit Ulcus duodeni bei Frage Nr. 5. Es handelt sich hierbei um die Frage: "Des öfteren konnte ich wegen Krankheit nicht zur Arbeit gehen". Da dies von Ulcus-kranken naturgemäß häufiger bejaht werden muß als von Gastritikern, konnten wir bei der Auswertung der Neurosetendenz diese Frage nicht mit verwerten. Ebenso erschien uns die Frage: "Ab und zu habe ich Durchfall" als nicht verwendbar, da dies bei Gastritis-kranken ein häufiges Symptom darstellt.

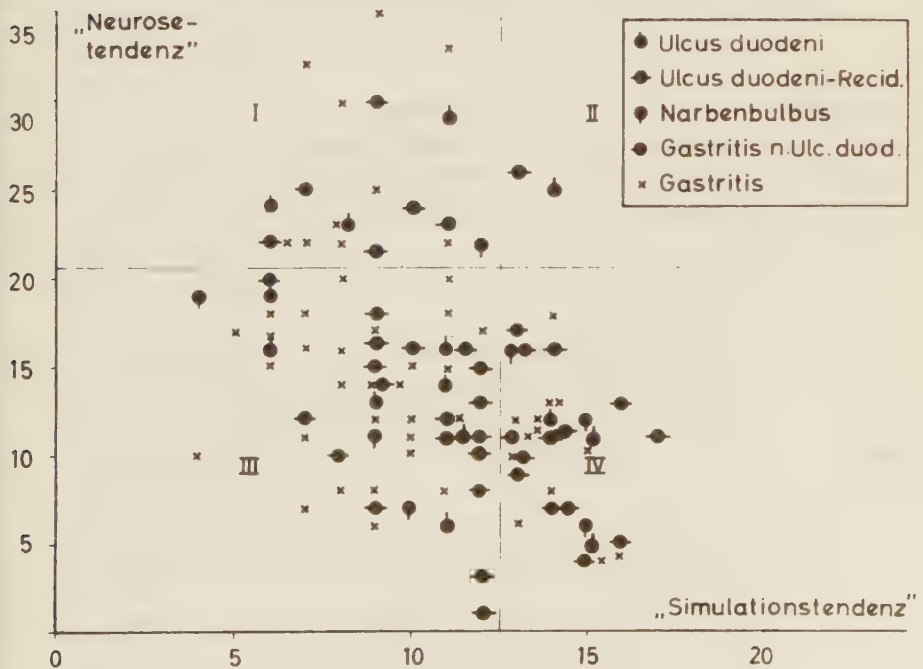


Abb. 9: Beziehung zwischen "Neurosetendenz" und "Simulationstendenz" bei 5 Patientengruppen.

Nach Ausklammerung beider Fragen ergab sich jedoch bei der Bewertung der Neurosetendenz keine wesentliche Änderung des Ergebnisses. Die Abweichung gegenüber den Normalpersonen blieb erhalten.

Wie aus der Abbildung zu ersehen ist, bestehen noch bei einigen anderen Fragen Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen. So wird z.B. Frage 4: "Manchmal kriege ich Herzklopfen", von den Patienten mit rezidivierendem Ulcus duodeni seltener bejaht als von den übrigen Magenkranken, einschließlich derer mit einmaligem Ulcus duodeni. Nur 8 von 22 Rezidiv-Ulcus-Kranken gegenüber 45 von 67 sonstigen Magenkranken

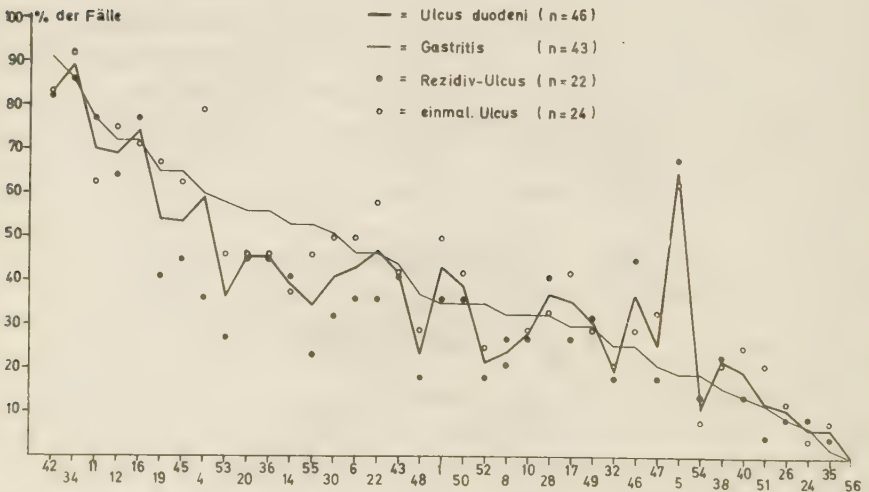


Abb. 10: Häufigkeit bejahender Antworten auf 38 Fragen zur Neurosetendenz. Abszisse: Fragen-Nummer. (Maudsley - Persönlichkeitsfragebogen)

beantworten die Frage mit "Ja". Bei diesem Vergleich ergibt sich Signifikanz auf der 1%-Ebene. Zu den Testfragen ¹⁾ 14, 19, 20, 36, 48 und 55 sind in der Gruppe der Gastritiskranken von 258 Einzelantworten 53,5% bejahend, in der Gruppe der Rezidiv-Ulcus-Kranken dagegen von 132 Einzelantworten nur 35,5%.

- d) Wir stellten uns die Frage, ob es sich bei der "Neurose-tendenz" nach dem Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen überhaupt um eine die Neurose kennzeichnende Aussage handelt und verglichen daher das Ergebnis des M M Q mit dem Wartegg-Zeichen-Test. Findet man bei diesem Test eine Veränderung im Verhältnis der Originallösungen zu den Normallösungen zugunsten der erstgenannten, so deutet das nach Wartegg auf Neurose hin. Vergleiche Breitenstein (6).

Die Gegenüberstellung beider Tests zeigt Abbildung 11. Als Grenze zwischen geringerer und höherer "Neurose-tendenz" wählten wir willkürlich einen Neurosewert von 18 Punkten. (Der Bereich der sicheren Aussage "Neurose" beginnt nach Eysenck erst bei 21 Punkten).

Dargestellt wurden die Korrelationen zwischen Neurose-tendenz im Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen und Original- bzw. adäquaten Normallösungen im Wartegg-Zeichen-Test bei den Gruppen "Ulcus duodeni", "Gastritis" und "Gesamtheit der Magenkranken". Die jeweils unteren Kurven (●-●) gelten für die Patienten mit höherer Neurosetendenz im M M Q, die jeweils oberen (○-○) für die mit geringerer Neurosetendenz. Es zeigten sich bestimmte Kurventypen für die Korrelation zur Anzahl von Originallösungen (in der Abbildung links) und für die Korrelation zur Anzahl von

1) Die betreffenden Testfragen lauten: 14: Ich fühle mich leicht verletzt. 19: Ich bin ziemlich reizbar. 20: Ich muß oft über etwas nachgrübeln, so daß ich nicht schlafen kann. 36: Ich schwitze oft auch ohne Anstrengung. 48: Ich bin leicht verlegen in der Gegenwart von Vorgesetzten. 55: Ich habe es "mit den Nerven".

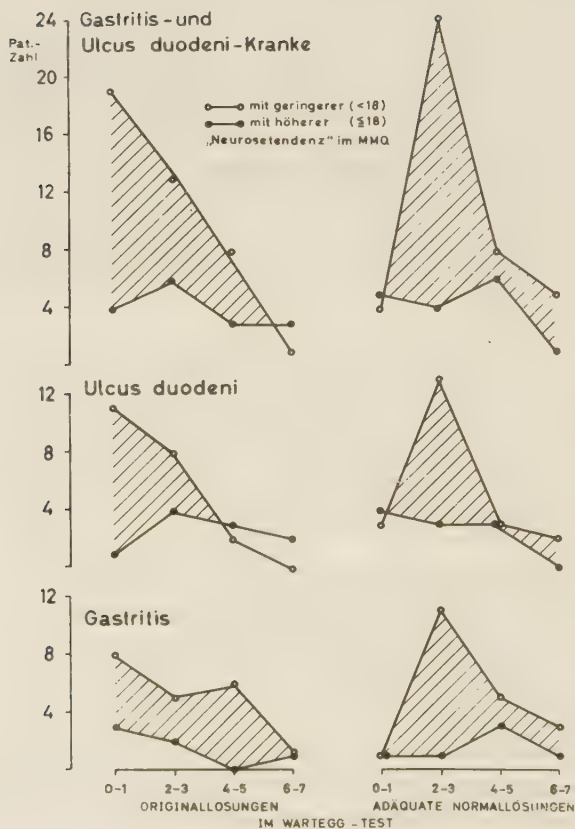


Abb. 11: Beziehungen zwischen Neurosetendenz im Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen und Original- bzw. adäquaten Normallösungen im Wartegg-Zeichen-Test bei drei Patientengruppen.

adaequaten Normallösungen (in der Abbildung rechts). Bei den Fällen mit *n i e d r i g e r* Neurosetendenz im *M M Q* ist die Beziehung zur Zahl der Originallösungen eine andere als die zur Zahl der adaequaten Normallösungen. Im erstgenannten Fall findet sich das Maximum bei 0 - 1, im zweitgenannten bei 2 - 3. Bei den Fällen mit *h ö h e r e r* Neurosetendenz im *M M Q* ist das anders. Die betreffenden Kurven zeigen kein eindeutiges Maximum, sondern vielmehr eine Nivellierung. Während die Gruppen "geringere und höhere Neurosetendenz" im Bereich der Originallösungen nicht signifikant voneinander abweichen, zeigen sie im Bereich der adaequaten Normallösungen einen signifikanten Unterschied. 58,6% der Magenkranken mit *g e r i n g e r e r* Neurosetendenz gegenüber 25% der Magenkranken mit *h ö h e r e r* Neurosetendenz haben 2 - 3 adaequate Normallösungen. Diese Abweichung liegt im Grenzbereich der Überschreitungswahrscheinlichkeit von 1%. (Reelle = erlaubte Differenz). Es kommt bei den "Neurotikern" zu einer Verschiebung in der Relation der prozentualen Häufigkeit einer mittleren Anzahl von Originallösungen (2-3) zu einer mittleren Anzahl von adaequaten Normallösungen (2-3). Das Verhältnis beträgt bei den Patienten, die nach dem *M M Q* eher ein "neurotisches Verhalten" aufweisen 1,5, bei den Kranken, die nach dem Test weniger "neurotische Tendenz" zeigen, etwa 0,5. Die Beziehung der Neurosetendenz im *M M Q* zu Originallösungen und adaequaten Normallösungen im Wartegg-Zeichen-Test für die Kollektive "Ulcus duodeni" und "Gastritis" getrennt dargestellt, ergibt ähnliche Bilder wie für die Gesamtgruppe "Magenkranke", vielleicht nur wegen der kleinen Zahl der Patienten keine nennenswerte Abweichung.

e) Wir verglichen weiterhin die "Neurosetendenz" im M M Q mit der "Emotionalen Stabilität" nach der Eigenschaftswörterliste (E W L) und dem situativen Fragebogen (S T F). Bei einer geringen emotionalen Stabilität nach der E W L (einem Wert von maximal 0), haben 11 von 14 magenkranken Patienten, etwa 78,5% einen "Neurosewert" von 18 bzw. mehr Punkten und 3 Patienten, etwa 21,5% einen "Neurosewert" unter 18. Bezieht man solche Fälle mit ein, die nach dem M M Q einen "Simulationswert" von 10-12 Punkten aufweisen, so haben von nunmehr 21 Magenkranken 13, etwa 62% einen "Neurosewert" von 18 und mehr Punkten und 8, etwa 38% einen "Neurosewert" unter 18. Eine emotionale Stabilität mit Werten größer als 0, bei einem "Neurosewert" von 18 und mehr Punkten, haben 4, etwa 22% von 18 Magenkranken und 5, etwa 17% von 29 Patienten, bezieht man die "Simulanten" mit ein. Einen "Neurosewert" unter 18 bei einer emotionalen Stabilität von mehr als 0 Punkten zeigen 14 Patienten, etwa 78% von 18, bzw. 24, etwa 83% von 29 magenkranken Patienten.

Das Verhältnis "hoher zu niedrigem 'Neurosewert'" im M M Q ist also bei den nach der Eigenschaftswörterliste emotional L a b i l e n (n=21) anders als bei den emotional S t a b i l e n (n=29). Es liegt erwartungsgemäß und beträgt bei diesen ca. 17% zu ca. 83% und bei jenen ca. 62% zu ca. 38%. Der erstgenannte Vergleich ließ sich bei einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0,27% statistisch sichern.

Im S T F setzen wir die Grenze für "emotionale Stabilität" bei einem Wert von +5 fest. Bei einer emotionalen Stabilität von weniger als +5 zeigen 15 (75%) von 20 Magenkranken eine "Neurosetendenz" im M M Q von mehr als 16 Punkten; bei einer emotionalen Stabilität von +5 oder mehr sind es nur 2 (12,5%)

von 16 Patienten. Diese Abweichung war bei einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0,27% signifikant. (Erlaubte Zufallsdifferenz < reelle Differenz).

- f) Einen Vergleich der "Simulationstendenz" bei den verschiedenen Gruppen von magenkranken Patienten demonstriert die Tabelle 5. Die Aufstellung läßt erkennen, daß die Simulationstendenz bei den einzelnen Kollektiven von "Magenkranken" keine deutlichen Unterschiede aufweist.

Bei dem Vergleich der Ulcuskranken mit den Normalpersonen unserer Klinik ließ sich eine fragliche Abweichung feststellen. Während von den 46 Ulcuspatienten 30 einen "Lügenwert" von 10 und mehr Punkten haben, sind es von 40 Normalpersonen nur 17. (Signifikanz bei 5% Überschreitungswahrscheinlichkeit). Faßt man die Gastritiker und die Normalpersonen zu einem Kollektiv zusammen und stellt dieses der Ulcusgruppe gegenüber, so haben 43,3% des Kollektivs aus Gastritikern und Normalpersonen und 65,2% der Ulcusgruppe einen "Lügenwert" von 10 und mehr Punkten. Dieser Unterschied erwies sich bei einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 1% gerade als signifikant. (Reelle Differenz = 21,9%, erlaubte Zufallsdifferenz = 28,6%).

Tab. 5:

Krankengut	Stärke der Simulationstendenz		Prozentwert
	Simulation	Uninterpretierbarkeit	
	10-12 Lügen-Fragen mit neg. Beantwortung	13-18 Lügen-Fragen mit neg. Beantwortung	
Rezidivierend. Ulcus duod. (n=22)	6	8	ca. 65%
Erstes Ulcus duod. (n=11)	5	2	
Deformiert. Bulb. duod. (n=7)	2	3	
Gastritis n. Ulcus duod. (n=6)	2	2	
Gastritis (n=43)	9	10	ca. 44%
"Magenkranke" (n=89)	24	25	ca. 55%

g) Zur Klärung der Frage, ob es sich bei der "Simulationstendenz" um tatsächliche Simulation oder vielleicht um eine Persönlichkeitseigenart von Ulcus- bzw. Magenkranken handelt, (z.B. "ehrlicher gegenüber dem Finanzamt") machten wir, siehe Abbildung 12, eine Aufgliederung der Lügenfragen analog der der Neurosefragen (vergl. S. 39). Von den Ulcuskranken wird Frage 21: "Ab und zu lache ich über einen unanständigen Witz", signifikant häufiger verneint als von den Gastritikern, nämlich von 16 von 46 gegenüber 3 von 43 Patienten. (Signifikanz auf der 0,27%-Ebene). Weniger

deutlich scheinen die Unterschiede bei den Fragen Nr. 31: "Ab und zu fallen mir Gedanken ein, die andere Leute nicht wissen dürften" und Nr. 41: "Wenn ich wüßte, daß ich damit durchkommen würde, würde ich ein Gesuch zur Herabsetzung meiner Einkommensteuer einreichen, auch wenn es nicht ganz gerechtfertigt wäre". Diese wurde von 39 der 46 Ulcuspatienten gegenüber 25 der 43 Gastritiker (Signifikanz auf der 1%-Ebene) und jene von 35 der 46 Ulcuskranken gegenüber 23 der 43 Gastritispatienten verneint; (Signifikanz bei 5% Überschreitungswahrscheinlichkeit).

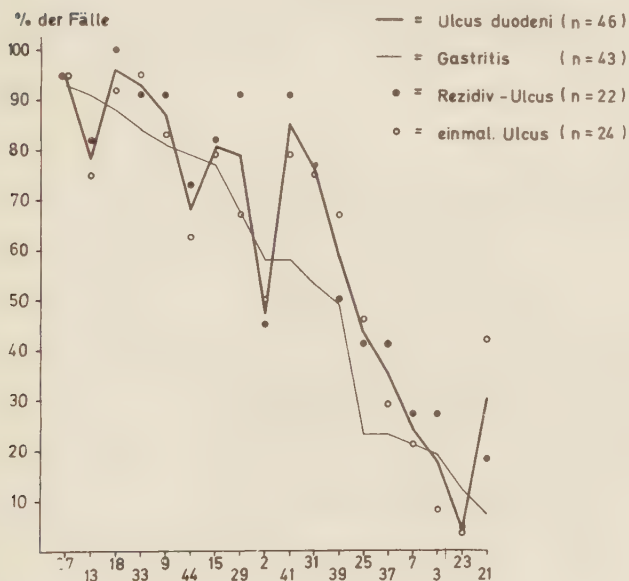
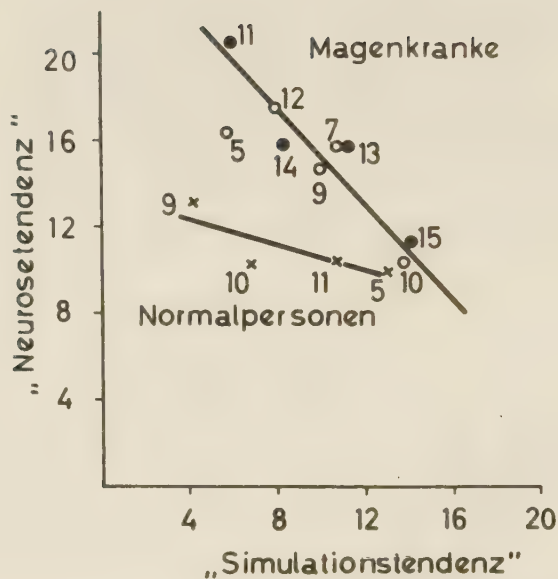


Abb. 12: Häufigkeit verneinender Antworten auf 18 Fragen zur Simulationstendenz. Abszisse: Fragen - Nummer. (Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen).

h)



Verhalten von 53 Patienten mit
 Ulcus duodeni (●), 43 Patienten
 mit Gastritis (○) und 35 Normal-
 Personen (×) im Neurosetest
 nach Maudsley.

Abb. 13

Ein Vergleich von "Neurosetendenz" und "Simulations-
 tendenz" der Gesamtgruppe "Magenkranke" ergab, wie
 aus der Abbildung 13 hervorgeht, eine negative Korre-

lation zwischen beiden Tendenzen.

In der Abbildung sind 7 Ulcusfälle enthalten, die später getestet wurden.

Bei einer "Neurosetendenz" von mehr als 17 Punkten haben, (unter Zugrundelegung der Abbildung 9), 28 (= 41,2%) von 68 magenkranken Patienten eine "Simulationstendenz" von 0 - 11 Punkten und 4 (= 8,44%) von 45 eine "Simulationstendenz" von 12 Punkten und mehr. Dieser Unterschied konnte bei einer Überschreitungswahrscheinlichkeit von 0,27% statistisch gesichert werden. (Reelle Differenz = 32,7%, erlaubte Zufallsdifferenz = 24,7%).

7. Der Rosenzweig P - F Test.

(Der Bilderfrustrationstest von Saul Rosenzweig.)

Bedeutung, Durchführung und Auswertung des Tests wurden im Abschnitt "Die psychologischen Tests und ihre Durchführung" ausführlich besprochen.

Es soll hier nur eine Definition der einzelnen Signierungsfaktoren gegeben werden. Es bedeuten:

- E' : Die Existenz des vereitelnden Hindernisses wird betont.
- l' : Das frustrierende Hindernis wird in der Antwort so umgedeutet, daß es als nicht vereitelnd oder sogar in irgendeiner Weise als vorteilhaft dargestellt wird; in einigen Fällen betont die Person ihre Verlegenheit, in die sie dadurch geraten ist, daß sie an der Frustration des anderen beteiligt war.
- M' : Das Hindernis in der frustrierenden Situation wird derart verkleinert, daß fast seine Existenz geleugnet wird.
- E : Beschuldigungen, Feindseligkeiten usw. richten sich gegen eine Person oder Sache der Umgebung.
- E : In dieser E-Variante wird von der Person aggressiv abgeleugnet, für etwas verantwortlich zu sein, was ihr zur Last gelegt wird.

- I : Die Person richtet Beschuldigungen und Tadel gegen sich selbst.
- I : Eine I-Variante, bei der die Person ihre Schuld zugibt, sie jedoch auf unvermeidbare Umstände zurückführt und dadurch ihre eigentliche Verantwortung ablehnt.
- M : Der Schuldfrage wird völlig ausgewichen, die Situation wird als unvermeidbar angesehen; vor allem wird aber die frustrierende Person von jeder Schuld freigesprochen.
- e : Eine Lösung der vereitelnden Situation wird mit Nachdruck von einem anderen erwartet.
- i : Die Person bemüht sich, meist aus einem gewissen Schuldgefühl heraus, selbst um eine Lösung.
- m : Es kommt die Hoffnung zum Ausdruck, die Zeit oder normalerweise zu erwartende Umstände würden das Problem lösen; Geduld und Sich-Fügen sind hier charakteristisch.

Die Auswertung des Tests erfolgt an Hand von Normen, die durch Testung einer Eichpopulation von 300 Personen verschiedenen Alters, verschiedener Berufe und verschiedenen Bildungsgrades gewonnen wurden. Erst der Vergleich der durch Signierung und Verrechnung erhaltenen Rohwerte bzw. Prozentzahlen für die einzelnen Faktoren, Kategorien, Überich-Patterns und das Group Conformity Rating mit der Verteilung innerhalb der Eichpopulation erlaubt eine Interpretation des Tests. In Normentabellen sind Quartil- und Medianwerte der Eichpopulation angegeben. Ein Wert in der Nähe von Mdn (Medianwert) der Normentabelle ist also als ein durchschnittlicher Ausprägungsgrad der dem Faktor entsprechenden Verhaltensweise in Belastungssituationen zu deuten. Ein Wert bei Q_3 (Q = Quartilwert) heißt, daß bei der Person der betreffende Faktor stärker ist als bei 75% der Eichbevölkerung. Ein Wert nahe Q_1 zeigt, daß der dem Faktor entsprechende Verhaltenstyp in einem geringeren Ausprägungsgrad nur noch bei 25% der Eichpopulation vorkommt. (25)

In Abbildung 14 sind die drei Richtungen der Aggression bei 36 Ulcus- und 25 Gastritiskranken graphisch dargestellt.

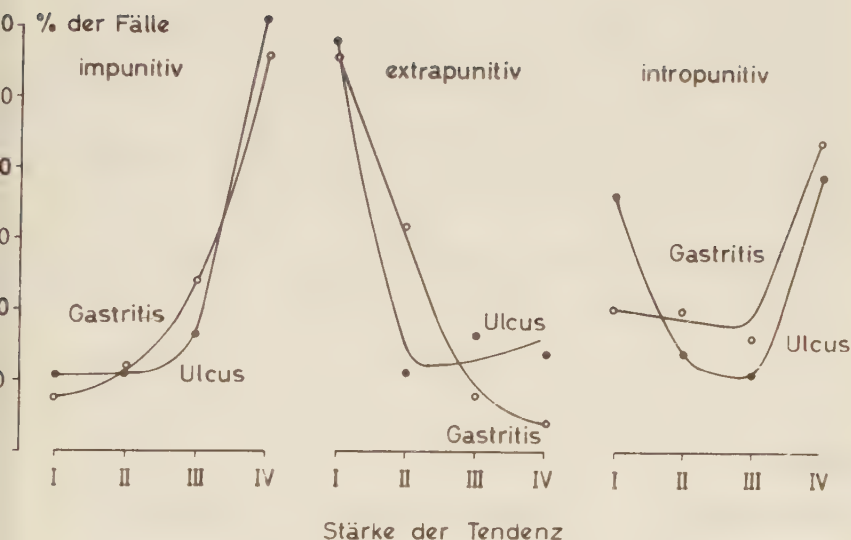


Abb. 14: Vergleich der Aggressionsrichtungen "Impunitivität", "Extrapunitivität" und "Intropunitivität" bei Ulcus- und Gastritiskranken. Die römischen Ziffern I-IV kennzeichnen die Lage des betreffenden Werts innerhalb der Normalverteilung bzw. in seinem Abstand zur Mediane.

I	II	III	IV	
	Q ₁	Mdn	Q ₃	
25%	25%	25%	25%	des Normalkollektivs.

(Siehe auch Text S. 52).

Wie die Abbildung zeigt, stimmen die Kurven der Gastritis- und Ulcuskranken sehr gut überein. Beide Patientengruppen unterscheiden sich anscheinend nicht bezüglich der Impunitivität, Extrapunitivität und Intropunitivität. Allenfalls ist vielleicht in der extrapunitiven Aggressionsrichtung bei der Untersuchung eines größeren Krankengutes ein Unterschied

zwischen Ulcus- und Gastritiskranken zu erwarten. Einen Hinweis darauf gibt das in der Abbildung erkennbare allmähliche Auseinanderweichen beider Kurven zwischen den Ziffern III und IV. Weiterhin wird aus der Darstellung ersichtlich, daß die Kurven für Impunitivität und Extrapunitivität gegenseinig verlaufen, sich also wie Bild und Spiegelbild verhalten. Ein größerer Prozentsatz unserer "Magenkranken" verhält sich danach bezüglich der Aggressionsrichtung in hohem Maße impunitiv und in geringem Grad extrapunitiv.

Die Abbildung 15 zeigt die graphische Darstellung der drei Arten der Reaktion bei unseren Ulcus- und Gastritispatienten.

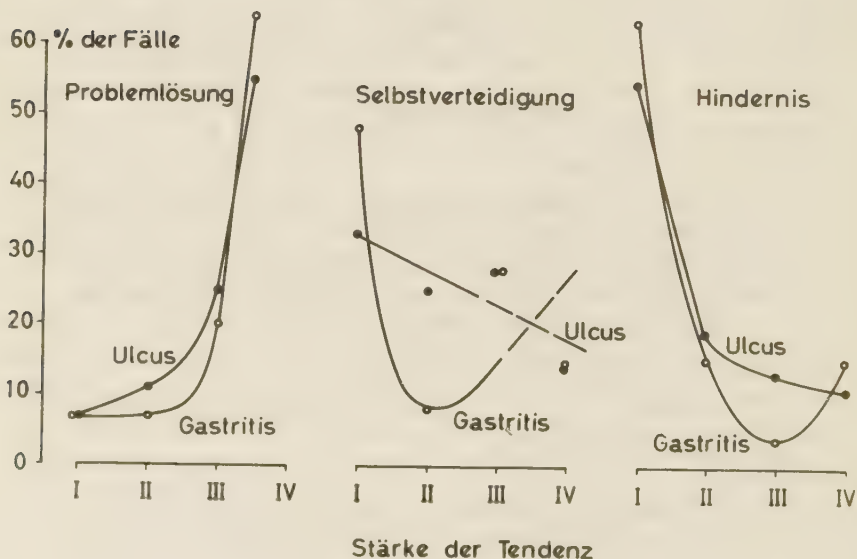


Abb. 15: Vergleich der Reaktionsarten "Need-Persistence" (Problemlösung), "Ego-Defense" (Selbstverteidigung) und "Obstacle-Dominance" (Hindernis) bei Ulcus- und Gastritiskranken. Zur Bedeutung der römischen Ziffern siehe Abb. 14.

Wiederum weist der Kurvenverlauf beider Patientengruppen Übereinstimmung auf; es läßt sich auch im Hinblick auf den Reaktionstyp keine sichere Abweichung zwischen Ulcus- und Gastritiskranken feststellen. Die Bilder von Obstacle-Dominance (Dominieren des Hindernisses in der Antwort) und Ego-Defense (Dominieren des Ich oder des Bezugs auf das Ich) verhalten sich spiegelbildlich zu der Darstellung der Need-Persistence (Betonung der Lösung der problematischen Situation). Ein höherer Prozentsatz unserer "Magenkranken" sucht in erster Linie die Problemlösung und stellt nur in geringem Maße die Selbstverteidigung oder das Hindernis in den Vordergrund.

Es war nun zu untersuchen, wie die Verteilung der Faktoren E', I' und M' in der Kategorie Obstacle-Dominance, E, I und M in der Kategorie Ego-Defense und e, i, und m in der Kategorie Need-Persistence war. Die Tabelle 6 stellt diese Verteilung dar.

Tab. 6:

Approximative prozentuale Häufigkeit von Signierungsfaktoren bei Ulcus- und Gastritiskranken.

	Ulcus duod. (n=36)	Gastritis (n=25)
über 2		
E'	11 = 30,5%	5 = 20%
I'	3)	3)
M'	3) = 17 %	3) = 24%
über 4		
E	25 = 69 %	18 = 72%
I	0	0
M	14 = 39 %	8 = 32 %
über 1		
e	25 = 69 %	12 = 48%
i	27 = 75 %	24 = 96%
m	28 = 78 %	21 = 84%

In der Kategorie Obstacle-Dominance findet sich bei den Ulcuskranken die Signatur E' fast doppelt so häufig wie I' und M' zusammen. Die Betonung der Existenz des vereitelnden Hindernisses wird von diesen Patienten offensichtlich stärker in den Vordergrund gestellt als die Umdeutung oder gar Verkleinerung der vereitelnden Situation. In der Gruppe der Gastritiker ist ein derartiger Unterschied nicht erkennbar. Dagegen läßt sich sagen, daß von den Ulcuspatienten häufiger die Existenz des vereitelnden Hindernisses betont wird als von den Gastritispatienten und daß umgekehrt von den Gastritikern häufiger die frustrierende Situation umgedeutet und verkleinert wird als von den Ulcuskranken.

In der Kategorie Ego-Defense zeigt das Verhältnis der Signierungsfaktoren E, I und M innerhalb und zwischen beiden Patientenkollektiven keine wesentlichen Unterschiede.

Innerhalb des Reaktionstyps Need-Persistence weisen in der Gruppe der Ulcuspatienten etwa gleich viel Kranke für e und i einen Wert über 1 auf, während unter den Gastritikern doppelt so viel Patienten für i einen Wert über 1 zeigen wie für e; (bei 1% Überschreitungswahrscheinlichkeit signifikant), das heißt, daß die Gastritikrkrankten anscheinend sehr viel häufiger die Lösung des Problems durch eigene Initiative erwarten als von anderen. Etwa ein Drittel mehr Ulcusranke als Gastritiker erwarten die Lösung der vereitelnden Situation von anderen, (bei 5% Überschreitungswahrscheinlichkeit signifikant) und etwa ein Drittel mehr Gastritiker als Ulcusranke sind bestrebt, die Problemlösung selbst zu finden; (Signifikanz auf der 5%-Ebene).

Im Folgenden vergleichen wir die Überich-Patterns unserer Magenkranken mit den Normwerten der Literatur. Die Überich-Patterns erlauben eine Aussage über die Art der Verteidigung des Probanden in Belastungssituationen. In Tabelle 7 ist die approximative prozentuale Verteilung unserer Fälle innerhalb der unter Abb. 14 erläuterten Quadranten dargestellt.

Tab. 7:

Ulcer duodeni (n=36)		Gastritis (n=25)							
S - E -	Patterns	$\% < Q_1 - Q_1$	$\% > Q_1 - \text{Mdn}$	$\% > \text{Mdn} - < Q_3$	$\% Q_3 - > Q_3$	$\% < Q_1 - Q_1$	$\% > Q_1 - \text{Mdn}$	$\% > \text{Mdn} - < Q_3$	$\% Q_3 - > Q_3$
E	E	44	0	28	28	44	0	36	20
I	I	36	39	3	22	36	36	16	12
+	+	42	42	3	14	52	28	0	20
E	E	52	25	3	19	56	20	20	4
-	-	42	28	5,5	25	36	28	12	24
I	I	17	11	19	53	12	16	28	44
M	M								

Es findet sich nirgends ein gesicherter Unterschied zwischen den Ulcuskranken und den Gastritikern bezüglich ihrer Verteilung auf die vier Bereiche. Die Art und Weise der Verteidigung gegenüber einer zur Last gelegten Verfehlung scheint demnach beim Vergleich der beiden Gruppen die gleiche zu sein.

Als nächstes suchten wir für jeden Patienten den am häufigsten auftretenden Signierungsfaktor auf und verglichen die stärksten Faktoren der Gruppen "Ulcus duodeni" und "Gastritis". Es zeigte sich kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Kollektiven. Siehe Tabelle 8.

Tab. 8:

Die absolute Häufigkeit des stärksten Faktors der Tests von
Ulcus- und Gastritispatienten.

	E'	E	I'	I	M'	M	e	i	m
Ulcus duodeni (n=36)	1	20	0	0	0	7,5	0	4,5	3
Gastritis (n=25)	0,5	15	0	0	0,5	5	1	2,5	1

Ein weiteres Kriterium der Auswertung war die Feststellung von "Tendenzen" innerhalb der einzelnen Tests.

Man bezeichnet hiermit ein deutlich erkennbares Überwechseln der getesteten Person von einer bestimmten Art oder Richtung der Reaktion während der ersten Hälfte des Tests zu einer anderen während der zweiten Hälfte. Von unseren 36 Ulcus duodeni-Kranken zeigten 31 Patienten und von den 25 Gastritikern 21 "Tendenzen" innerhalb ihrer Testbefunde.

Die häufigsten Richtungen der Tendenzen ergaben sich wie in Tabelle 9 dargestellt.

Tab. 9: 1)

	E ←	E ← → I u. M	E u. and. Faktor ← → I(I'), M	M u. m ← → and. Faktor	→ E-D	→ N-P
Ulcus duodeni (n=36)	13	11	17	7	2	2
Gastritis (n=25)	9	7	11	2	2	1

Nach dieser Aufstellung scheinen bezüglich der Änderung der Reaktion innerhalb des Tests keine Abweichungen zwischen den Ulcus- und Gastritiskranken zu bestehen.

Das "Group Conformity Rating" (G C R), mit dem man die Übereinstimmung der vom Patienten gegebenen Antworten mit den innerhalb der Stichpopulation zu erwartenden Signaturen erfaßt, wies folgende prozentuale Verteilung auf: Einen GCR von unter Q_1 bis Q_1 hatten 22 von 36 Patienten mit Ulcus duodeni (ca. 61%) und 9 von 26 Patienten mit Gastritis (ca. 36%).²⁾ Bei drei von 36 Ulcuskranken (ca. 9%) und fünf von 25 Gastritiskranken (ca. 20%) lag das GCR bei Q_3 und darüber. Die Abbildung 16 zeigt die Lage des GCR bei beiden Patientengruppen in einer graphischen Darstellung. Die Kurve der Ulcus duodeni-Gruppe weist gegenüber der des Gastritis-Kollektivs eine leichte Linksverschiebung auf. Die Übereinstimmung der Signaturen scheint danach bei den Ulcuskranken etwas geringer zu sein als bei den Gastritikern.

1) Die Pfeile bedeuten, wie in der Handanweisung (25) zum Test angegeben: ← = weg von einer links daneben bezeichneten Art oder Richtung der Reaktion und → = hin zu einer rechts daneben bezeichneten Art oder Richtung der Reaktion.

2) signifikant bei 5% Überschreitungswahrscheinlichkeit.

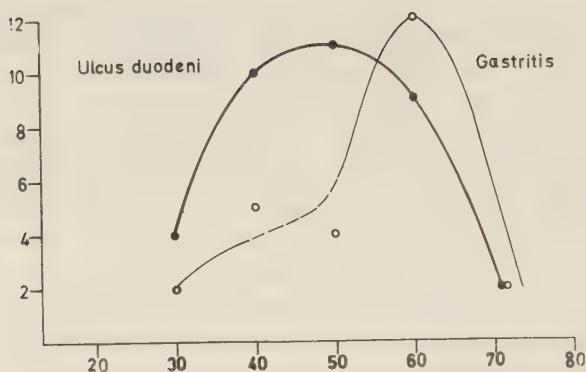


Abb. 16: Vergleich der Frustrationstoleranz bei Ulcus- und Gastritiskranken
 Abszisse: Wert des "Group Conformity Rating" (GCR) im Bilderfrustrationstest,
 Ordinate: Zahl der Patienten mit dem betreffenden GCR-Wert.
 Es wurden die Mittelwerte von jeweils 5 Patientenklassen mit ähnlichen GCR-Werten dargestellt.

Ein Vergleich des GCR mit dem Neurosewert nach dem Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen ergab bei den Kollektiven "Ulcus duodeni" und "Gastritis" die in den Tabellen 10 - 13 gezeigten Konstellationen. Die Patienten mit einem Neurosewert von über 14 Punkten sind rechts der Senkrechten zahlenmäßig dargestellt, die mit geringerem Wert links. Die Patienten mit einem GCR über dem Medianwert sind oberhalb der Waagerechten dargestellt, die mit einem niedrigeren GCR unterhalb.

Tab. 10:

Ulcus (n=36)		Gastritis (n=25)	
5	2	6	5
17	12	6	8

Bei den Ulcuskranken scheint eine Anhäufung im Bereich eines niedrigen Neurosewertes und eines niedrigen GCR zu bestehen (17 von 36 Fällen). Erwarten würde man am ehesten jedoch eine Anhäufung im rechten unteren Quadranten, also bei geringem GCR und hohem Neurosewert. In Tabelle 10 sind die Patienten mit einer Simulationstendenz von über 12 Punkten, d.h. mit einem streng genommen uninterpretierbaren Maudsley-Persönlichkeitstest mit erfaßt. Schließt man diese Patienten aus, dann ergibt sich folgende Verteilung:

Tab. 11:

Ulcus (n=25)		Gastritis (n=19)	
2	2	3	5
11	10	4	7

In der Gruppe der Gastritiskranken ist keine unterschiedliche Verteilung auf die vier Felder nachweisbar. Bei den Ulcuspatienten erscheint der Anteil der Kranken mit niedrigem GCR und hohem Neurosewert fast ebenso groß wie der mit niedrigem GCR und niedrigem Neurosewert. In Tabelle 12 ist die Aufteilung aller "Magenkranken", zusammengesetzt aus den Gruppen "Ulcus" (n=25) und "Gastritis" (n=19), innerhalb der vier Quadranten dargestellt.

"Magenkranke" (n=44)	
5	7
15	17

Ein Unterschied der Verteilung läßt sich am ehesten unter den Patienten mit rezidivierendem Ulcus duodeni vermuten (siehe Tab. 13), der jedoch zur Sicherung eines größeren

Krankengutes bedürfte.

Tab. 13:

Rezidiv-Ulcus (n=10)	
1	1
6	2

Man findet aber hier sicher nicht, wie man es erwarten sollte, die meisten Kranken im Bereich eines niedrigen GCR und hohen Neurosewertes.

Im Anschluß an die Gegenüberstellung der Testergebnisse der verschiedenen Gruppen von magenkranken Patienten erschien es sinnvoll, einige Testbefunde einzelner Patienten, insbesondere unter Berücksichtigung ihrer Konfliktgrundlagen, besonders herauszustellen.

8. Kasuistische Aneinanderreihung von Testergebnissen des Bilderfrustrationstests im Vergleich mit Konfliktsituation, dem Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen und dem situativen Fragebogen.

Fall 1:

Ke., W., 39 Jahre. Zimmermann. Betreibt nebenbei eine kleine Landwirtschaft. Rezidivierendes Ulcus duodeni.

Im zweiten Weltkrieg hatte es der Patient zum SS-Gruppenführer gebracht. Seit dem Eichmann-Prozeß fühlt er sich innerlich unruhig und hat quälende Träume von Kriegserlebnissen und Kriegstoten. Hierfür und für die damalige Situation erwartet er von seiner Umgebung kein Verständnis.

Ergebnis des Bilderfrustrationstests:

Der GCR-Wert liegt mit 55,5% nahe dem nach der Verteilung innerhalb der Eichpopulation zu erwartenden Medianwert von 56,2%. Der Patient ist also danach durchaus imstande, sozialen Belastungssituationen in der allgemein üblichen Weise zu begegnen. Die Aggressionsrichtung E liegt mit 20,8% deutlich unter dem für die Eichpopulation gefundenen Wert $Q_1 = 41,9\%$, während die Richtungen I und M mit 43,7% bzw. 35,4% die entsprechenden Q_3 -Werte der Eichbevölkerung (30,2% bzw. 30,1%) überschreiten. Dies würde bedeuten, daß der Patient eine gehemmte extrapunitive Aggression aufweist und eher dazu neigt, sich selbst die Schuld zuzuschreiben oder der Schuldfrage auszuweichen und die Situation als unvermeidbar anzusehen. Neben dieser intro- und impunitiven Haltung zeigt sich eine verstärkte Neigung, die zugegebene eigene Schuld auf unvermeidbare Umstände zurückzuführen. (Der Wert von $M+I$ der Überich-Patterns ist größer als der Q_3 -Wert der Eichpopulation). N-P liegt mit einem Wert von 43,7% weit über dem Q_3 -Wert der Eichbevölkerung (30,4%). Der Patient ist demnach um die Problemlösung bemüht, und zwar möchte er sie selbst suchen; der Wert für i ist mit 7,5 deutlich größer als der Q_3 -Wert der Eichpopulation (3,3). i ist der am häufigsten signierte Faktor überhaupt.

Innerhalb des Tests hat der Patient die Tendenz, sich von seiner anfänglich angedeutet vorhandenen Extrapunitivität abzuwenden.

Der Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen zeigt einen "Neurosewert" von 17 Punkten. Dies entspräche einer zweifelhaften Normalität, jedoch ist die Simulationstendenz so stark, daß man das Testergebnis des Fragebogens nur mit Zurückhaltung verwerten darf.

Die emotionale Stabilität des Patienten scheint nach dem Ergebnis des Situativen Fragebogens (28 Minuspunkte) recht gering zu sein.

Es handelt sich also um einen Patienten mit Schuldkomplexen im Gefolge unverarbeiteter Kriegserlebnisse. Er erwartet von seiner Umwelt kein Verständnis für seine Probleme. Nach den Testergebnissen neigt er dazu, möglicherweise auf dem Boden einer neurotischen Einstellung, im Zweifelsfall eine Schuld bei sich selbst zu suchen und das Schuldigwerden zugleich als unvermeidbar anzusehen. Um die Lösung der problematischen Situation, in die er geraten ist, bemüht er ausschließlich sich selbst.

Fall 2:

M., H., 57 Jahre. Tischler.

Rezidivierendes Ulcus duodeni.

Der Patient hatte vor einigen Jahren eine Raststätte gebaut, in der er in mühevoller Arbeit alle Tischlerarbeiten selbst ausführte. Die Raststätte verpachtete er. Nun mußte er mit wachsendem Ärger ansehen, wie die von ihm mit viel Fleiß ausgestattete Raststätte von dem Pächter vernachlässigt wurde. Sein eigener Sohn, den er als Wirt der Raststätte vorgesehen hatte, möchte entgegen dem väterlichen Willen nicht heiraten und die Raststätte auch nicht übernehmen. Der Patient hegt die hypochondrische Befürchtung, nur noch fünf Jahre zu leben. Seinen für den Sohn aufgebauten Besitz sieht er mißachtet. Seine Sorgen bereiten ihm häufig schlaflose Nächte.

Nach dem Rosenzweig P-F-Test hat der Patient eine verringerte Frustrationstoleranz. (GCR kleiner als Q_1). Die Extrapunktivität wird im Test zurückgedrängt. ($E \approx Q_1$). Der Patient neigt eher dazu, der Schuldfrage auszuweichen und vor allem sich selbst in Problemsituationen von jeder Schuld freizusprechen. (M deutlich größer als Q_3). Die Lösung der frustrierenden Situation erwartet er von seiner Umgebung, (e = zweitstärkster Signierungsfaktor), so wie er im Alltag allein von seinem Sohn die Lösung der zwischen ihm und dem Pächter entstandenen Schwierigkeiten erwartet.

Im Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen weist der Patient eine "schwerwiegende Neurose" (Neurosewert = 29 Punkte), im situativen Fragebogen eine hochgradige emotionale Labilität auf (35 Minuspunkte), womit die bestehende hypochondrische Zwangsvorstellung bestätigt wird.

Fall 3:

Mu., H., 23 Jahre. Orthopädiemechaniker.

Rezidivierendes Ulcus duodeni.

Der Patient löste seinen Eltern zu Liebe die Freundschaft zu einem diabeteskranken Mädchen. Dieses verübte daraufhin einen Suicidversuch. Der Patient lernte ein anderes Mädchen kennen, das sich jedoch kurz vor der Verlobung von ihm trennte und einem anderen Mann zuwandte. Nach jedem dieser Konflikte bekam Mu. ein Ulcus duodeni.

Auf Grund des Bilderfrustrationstests ist der Patient in der Lage, Belastungssituationen gegenüber eine normalerweise zu erwartende Haltung einzunehmen. (GCR größer als Q₃). Die extrapunitive Aggression scheint jedoch zugunsten der intro- und impunitiven gehemmt. (E kleiner als Q₁; I und M gleich bzw. größer als Q₃). Es zeigt sich aber die Tendenz, die zugegebene eigene Schuld auf unvermeidbare Umstände zurückzuführen und dadurch keine eigene Verantwortung zu übernehmen. (I mdn; M+I größer als Q₅). Im Laufe der Testung wechselt der Patient von seiner impunitiven Haltung zu einer mehr extrapunitiven, vielleicht, um seine passive Einstellung zu verbergen.

Anhalt für eine Neurose-Tendenz ergab sich nach dem Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen nicht.

Fall 4:

W., P., 49 Jahre. Autolackierer. Gelernter Beruf Schmied. Rezidivierendes Ulcus duodeni.

Der Patient ist seit 1946 "magenleidend". 1959 wurde er wegen eines blutenden Ulcus duodeni operativ behandelt. Der Patient ist Alkoholiker. Mehrfach hat er Gefängnisstrafen wegen verschuldeter Verkehrsunfälle abbüßen müssen. Jetzt wartet eine erneute Inhaftierung auf ihn, da er wieder, diesmal mit seinem erst kürzlich erworbenen eigenen Wagen, unter Alkoholeinfluß einen Unfall verursacht hat. Der Patient lebt jetzt in großen Geldsorgen, zumal er seiner Ehefrau, einer Rumänin, einen Urlaub in ihrer Heimat versprochen hat.

Die Frustrationstoleranz erscheint, wie bei einem Alkoholiker vielleicht zu erwarten, nur gering. (GCR kleiner als Q₁). Dabei ist aber die Extrapunitivität, wie auch im Alltag, zugunsten von Intro- und Impunitivität gehemmt. (E kleiner als Q₁; I und M nahe, bzw. größer als Q₃). Dies kommt auch in den Überich-Patterns zum Ausdruck. (I-I größer als Q₃). Darüberhinaus zeigt sich in ihnen noch die Neigung, die problematische Situation als unvermeidbar anzusehen und vor allem sich selbst von Schuld freizusprechen. (M+I deutlich größer als Q₃). Die Problemlösung scheint dem Patienten wichtig zu sein, und zwar möchte er sich einerseits selbst darum bemühen, andererseits aber auch den Dingen ihren Lauf und die Zeit die Probleme lösen lassen. (m = stärkster Signierungsfaktor). Auch dieser Patient weist nach dem Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen "Normalität" auf, ist jedoch möglicherweise nicht ganz ehrlich. (Die Simulationstendenz liegt über der Norm).

Fall 5:

H., M., 38 Jahre. Krankenpfleger.

Erstes Ulcus duodeni. Der Patient ist in seinem Beruf sehr gewissenhaft und ehrgeizig. Er möchte stets, wie er selbst sagt, "schöne" Gipsverbände machen. Dazu fehlt ihm jedoch in der orthopädischen Ambulanz, in der er beschäftigt ist, die nötige Zeit und Ruhe. Zudem fühlt er sich von seinen Kollegen und Vorgesetzten wegen seiner Sprachschwierigkeiten als Tscheche (sie fielen übrigens während der Testung kaum auf) nicht recht anerkannt.

Nach dem Ergebnis des Bilderfrustrationstests scheint der Patient Belastungssituationen nicht in der üblichen Weise zu begegnen. (GCR kleiner als Q_1). Die extrapunitive und intropunitive Aggression sind zugunsten der impunitiven stark gehemmt. (E und I deutlich kleiner als Q_1 ; M größer als Q_3). In seinen Antworten legt der Patient die Betonung auf die vereitelnde Situation, (O-D deutlich größer als Q_3 ; E' = stärkster Signierungsfaktor) und stellt weder seine eigene Person heraus, noch scheint er an der Lösung der problematischen Situation interessiert zu sein; (E-D und N-P kleiner als Q_1).

Nach dem situativen Fragebogen verfügt der Patient mit 13 Pluspunkten über eine etwa mittlere emotionale Stabilität.

Die Konfliktsituation resultiert hier aus der Dissoziation zwischen pedantisch gewissenhafter Persönlichkeit mit verringelter Frustrationstoleranz und denen mit den Persönlichkeitstendenzen nicht zu vereinbarenden Anforderungen in einer Poliklinik mit "Massenabfertigung".

Fall 6:

B., H., 22 Jahre. Kraftfahrer.

Gastritis.

Der Patient arbeitet in der Spedition seines Bruders, mit dem er ein sehr gutes Einvernehmen hat. Seine Schwierigkeiten liegen in seiner Ehe. Er gibt an, seine Frau sei gefühllos. Statt zärtlich zu sein, beiße sie ihn. (Der Patient kommt mit einer Bißwunde am Thorax in die Sprechstunde). Er liebt seine Frau sehr, nach seinen eigenen Worten

"vielleicht sogar zu sehr". Er leidet unter der Vorstellung, sie sei ihm untreu. Dabei weiß er, daß seine Eifersucht unbegründet ist. Seine Ehe möchte er unter allen Umständen aufrechterhalten.

Nach dem Rosenzweig P-F Test scheint der Patient eine normalerweise zu erwartende Frustrationstoleranz zu besitzen. ($GCR \approx Q_3$). Die Aggression gegen die Umgebung ist nach dem Test jedoch verringert. (E kleiner als Q_1). Betont wird die impunitiv Haltung, und zwar sowohl durch Verkleinerung des Hindernisses in der vereitelnden Situation als auch durch ein Ausweichen vor der Schuldfrage. (M' und M = stärkste Signierungsfaktoren).

Der Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen war wegen eines zu hohen "Lügenwertes" nicht zu interpretieren. Nach Aussage des situativen Fragebogens ist der Patient eher emotional labil; (Bewertung des Merkmals "Emotionale Stabilität" mit 2 Minuspunkten).

Die chronisch frustrierende Situation ist bei diesem Kranken nicht das Resultat einer testpsychologisch nachweisbaren Persönlichkeitsstruktur, sondern der chronisch gestörten, masochistisch-sadistischen ehelichen Beziehung; wobei schwer zu entscheiden ist, welche Faktoren von seiner Seite (krankhafte Eifersucht) oder von Seiten seiner Frau (Gefühlskälte) eine primäre Rolle spielen.

V. Diskussion.

Wir verglichen in unseren testpsychologischen Untersuchungen Ulcuskranken mit Gastritikern und nicht, wie man es vielleicht erwarten sollte, mit Normalpersonen. Nicht nur erschien es uns schwierig, eine tatsächlich vergleichbare Normalpersonengruppe zu erhalten, (abweichende Erwartungseinstellung gegenüber dem Arzt), vielmehr glaubten wir auch, durch den Vergleich zweier "magenkranker" Gruppen mit ähnlichen Beschwerden eine spezifischere Aussage zu bekommen.

Die Problematik eines vergleichbaren Normalpersonenkollektivs zeigt sich z.B. darin, daß wir bereits unterschiedliche Testergebnisse erhielten, wenn wir Normalpersonen aus einer Gruppe von Gesunden und Normalpersonen aus einer Gruppe von Patienten mit Bagatellerkrankungen bzw. Vorsichtsuntersuchungen (Nicht-Magenkranke) gegenüberstellten. (Siehe Untersuchungen zum Polaritätsprofil).

Es erschien uns weiterhin nicht nur begründet, Ulcus- und Gastritiskranke zu vergleichen, sondern aus der Gruppe der Ulcuskranken die Patienten mit rezidivierendem Ulcus duodeni gesondert zu betrachten.

Dies zeigt wiederum der Vergleich im Polaritätsprofil. Es ergab sich hier im Vergleich zu den Normalpersonen (Studenten) eine abnehmende Korrelation von Patienten mit einmaligem Ulcus duodeni über solche mit Gastritis bis zu solchen mit rezidivierendem Ulcus duodeni. Eine ähnliche Verschiebung der Korrelationskoeffizienten bestand bei dem Vergleich der drei Gruppen von "magenkranken" Patienten mit den Normalpersonen aus unserer Klinik. Auch mit ihnen korrelierten die Patienten mit rezidivierendem Ulcus duodeni am schlechtesten.

In der Eigenschaftswörterliste ergaben sich ebenfalls Ergebnisse, die eine gesonderte Betrachtung der Gruppe der Rezidiv-Ulcuskranken für gerechtfertigt erscheinen ließen. Es hielten sich 9/10 unserer Patienten mit rezidivierendem Ul-

cus duodeni für kontaktfreudig und $3/4$ für gesellschafts-
liebend. Nur etwa jeder zwanzigste Kranke dieser Gruppe
schätzte sich selbst verschlossen ¹⁾ und nur etwa jeder
fünfte gehemmt ein. Ebenso sprachen sich diese Patienten
seltener als die Gastritiker die Eigenschaften "draufgän-
gerisch", "streitbar" $1/2$, "gereizt" ¹⁾, aber auch "gleich-
gültig" ¹⁾ und "lässig" $1/2$ zu.

Nach der Selbsteinschätzung im Polaritätsprofil fühlten sich
die Rezidiv-Ulcuskranken fraglich "aktiver" ¹⁾ als die Ga-
stritiker. Sieht man in den Eigenschaften "draufgängerisch"
und "streitbar" einen Ausdruck für Aktivität und in den
Eigenschaften "gleichgültig" und "lässig" für Passivität,
so besteht nur zum Teil Übereinstimmung in der Selbstbeur-
teilung der Ulcuskranken bezüglich beider Merkmale.

Nach Aussage des objektiven situativen Fragebogens lag bei
den Patienten mit rezidivierendem Ulcus duodeni eine gegen-
über den übrigen "Magenkranken" verringerte psychische und
motorische Aktivität vor. Unter den Magenkranken in ihrer
Gesamtheit war der Anteil mit negativer psychischer und mo-
torischer Aktivität bei 5% Überschreitungswahrscheinlich-
keit signifikant größer als bei den Normalpersonen unserer
Klinik.

In der Literatur finden wir sowohl Übereinstimmung als auch
Widerspruch bezüglich der oben besprochenen Ergebnisse.

Glatzel (19) fand auf Grund graphologischer Untersuchungen
zwei verschiedene charakterologische Typen unter den Ulcus-
kranken, von denen nur der zweite die nach unserer Aufzählung
dominierenden Charakterzüge aufweist. Bei dem ersten Typ
Glatzels zeigt sich unter anderem das Fehlen einer spontanen
Beziehung zum Mitmenschen, eine Gehemtheit in Bezug auf Ge-

1) signifikant bei 5% Überschreitungswahrscheinlichkeit
2) signifikant bei 1% Überschreitungswahrscheinlichkeit
bei Vergleich der Gesamtulcusgruppe mit den Gastritikern

selligkeit, Verslossenheit und Reserviertheit. Der zweite Typ zeichnet sich unter anderem durch Geselligkeit, äußerliche Umgänglichkeit, Offenheit, Laschheit, Bequemlichkeit und Passivität aus. Er geht Auseinandersetzungen aus dem Weg. Bei der Gutmütigkeit des Ulcuscumenschen handelt es sich nach Ansicht Glatzels (17) um ein Zurückweichen vor unangenehmen Berührungen mit der Umwelt. Pflanz (46) beschreibt sowohl Kranke, die sich leicht anschließen, als auch solche, die Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen haben. Sullivan und Mc Kell (58) fanden unter 500 Kranken mit gastrointestinalen Störungen eine "auffällig hohe Zahl" Gehemmter. Nach Untersuchungen von Wieck und Mitarbeitern (61) an 100 Ulcuskranken und 100 Kontrollpersonen gibt es in beiden Gruppen gleich viel gehemmte und unsichere Personen. Schwidder (53, 59) hebt gerade Gehemtheit und Verslossenheit bei "chronisch Ulcuskranken" hervor.

Die Eigenschaften "Aktivität" und "Passivität" erhalten bei den einzelnen Autoren verschieden starke Betonung, bei den meisten werden beide als Wesenszüge verschiedener Gruppen von Ulcuskranken beschrieben.

Von Alvarez (2) wurde die Ulcuspersönlichkeit als schwer arbeitender, überaktiver Menschentypus erkannt. Alexander (1) beschrieb sowohl den umtriebigen, geschäftigen Typ als auch den fordernden, nicht schwer arbeitenden und verantwortungsliebenden Menschen. Kapp und Mitarbeiter (32) fanden bei psychodynamischen Untersuchungen an 20 männlichen Ulcuskranken die Mehrzahl passiv und verweicht und kamen zu dem Schluß, daß "die Persönlichkeitsfassade von übertriebener Unabhängigkeit bis zu schmarotzender Abhängigkeit variieren kann". Hartmann (23) bezeichnete viele als äußerlich unabhängig und viele als anlehnungsbedürftig. Nach Conn (11) handelte es sich bei dem Ulcuskranken um eine "unausgereifte", "passive" und "abhängige" Persönlichkeit. Marmor (38) hielt ihn für unbewußt passiv. M'Uzan (42) erfaßte auf Grund

anamnestischer Erhebungen den überaktiven, den ausgeglichen, den instabilen und den passiven Typ. Zahlenmäßige Angaben macht Soavi (55). Er fand durch Exploration Magenkranker 52% nach ihrer Charakterstruktur passiv-abhängig und 32% über-aktiv.

Wir können nach objektiver Testaussage am ehesten solche Autoren bestätigen, die Passivität und Abhängigkeit als charakteristisches Merkmal bei Ulcuskranken fanden. Die Diskrepanz, die sich bei unseren Untersuchungen zwischen Selbsteinschätzung und objektiver Beurteilung bezüglich "Passivität" und "Aktivität" ergab, könnte einmal in einer unterschiedlichen Aussagefähigkeit beider Testverfahren liegen; zum anderen könnte sie aber bedeuten, daß sich der Ulcuskranke zu "Aktivität und Unabhängigkeit zwingt", Garma (15), und "mehr will als er kann", wobei er "affektlahm" ist und eine "schwache Antriebskraft" besitzt. Glatzel (18,19).

Im Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen fanden wir bei etwa 11% unserer Ulcuspatienten eine neurotische Persönlichkeitsstruktur, etwa gleichviel in der Gesamtheit der "Magenkranken".

Spiegelberg (56) konnte auf Grund psychoanalytischer Untersuchungen von Ulcuskranken einen gleichhohen Prozentsatz an Neurotikern feststellen. Eysenck (14) gab 10% Neurotiker innerhalb der Normalbevölkerung an, einen ähnlichen Wert stellte Ch. Meinhold (40) bei der Testung von Normalpersonen unserer Klinik fest.

Einige Autoren beschrieben bei Ulcuskranken eine größere Häufigkeit neurotischer Persönlichkeitsstrukturen, so Burger und Lambling (8) 22% bei 340 Ulcerösen und Soavi (55) 44% bei Patienten mit chronisch unspezifischer Entzündung des Magens mit und ohne Magengeschwür. Keine zahlenmäßigen Angaben machen Horn und Mitarbeiter (28), die bei Gefangen-

gruppen, die sie mit dem Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen testeten, höhere neurotische Werte als bei Normalpersonen fanden. Im Mittel lagen die Gefangenen in der Kategorie "Normalität zweifelhaft".

Auch wir konnten bei unseren Ulcuskranken eine gegenüber den Normalpersonen größere Tendenz zu neurotischem Verhalten feststellen. Es lagen nur 6 von 61 Ulcuskranken und 16 von 40 Normalpersonen eindeutig im Normbereich bezüglich der Neurosetendenz bei normalem "Lügenwert". Dieser Unterschied ließ sich statistisch sichern.¹⁾

Der Anteil von Normalpersonen mit normalem Wert der Neurosetendenz wäre prozentual höher, wenn die Grenze für den Lügenwert heraufgesetzt würde, da sie für ein deutsches Kollektiv offensichtlich zu niedrig angesetzt ist. (Vergleiche S. 73).

Ein Vergleich von Neurosetendenz und emotionaler Stabilität nach der Eigenschaftswörterliste und dem Situativen Fragebogen ergab erwartungsgemäß, daß die emotional Stabilen einen niedrigen Neurosewert und die emotional Labilen einen höheren Neurosewert zeigten. Auch dieser Vergleich konnte statistisch gesichert werden.²⁾

Die Testfrage "Manchmal kriege ich Herzklopfen" wurde von unseren Kranken mit rezidivierendem Ulcus duodeni eindeutig seltener bejaht als von den übrigen Magenkranken.²⁾ Möglicherweise werden derartige Symptome von diesen Kranken übergangen, da für sie immerwiederkehrende Beschwerden von Seiten ihres Magens im Vordergrund stehen. Andererseits ist es jedoch auch denkbar, daß Ulcuskranke auf Emotionen tatsächlich weniger mit Herzklopfen reagieren als vielmehr mit Magenbeschwerden, da für sie der Magen gewissermaßen das "Erfolgsorgan" darstellt.

Bezüglich der Simulationstendenz fanden wir für unsere Ulcuskranken deutlich höhere Werte als für die Gesamtgruppe

1) signifikant bei 0,27% Überschreitungswahrscheinlichkeit;

2) signifikant bei 1% Überschreitungswahrscheinlichkeit.

von Normalpersonen und Gastritikern. ²⁾ Einige Fragen der Lügenliste wurden dabei von den Ulcuskranken signifikant bzw. fraglich signifikant häufiger verneint als von den Gastritikern. (Frage Nr. 21, ¹⁾ Nr. 41, ²⁾ und Nr. 31 ³⁾)

Schauer (51) untersuchte 75 Patienten einer neurologischen Klinik mit dem Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen und erkannte, daß über die Hälfte aller Testprotokolle wegen zu hoher Lügenwerte zweifelhaft oder uninterpretierbar waren. Als Grund hierfür vermutete er Unterschiede in der deutschen Version des Tests gegenüber der englischen Originalfassung von Eysenck.

Bei unseren Magenkranken als Gesamtgruppe stellten wir eine statistisch gesicherte ¹⁾ negative Korrelation zwischen Neurose- und Simulationstendenz fest.

Wir stimmten hierin mit Ergebnissen von Neumann-Kern (43, 44) bei männlichen und weiblichen Jugendlichen überein. Es erwies sich nach ihrer Ansicht für zweckmäßig, die obere Normgrenze der Lügenliste für ihre Versuchsgruppen um 2 - 4 Punkte heraufzusetzen.

Im Bilderfrustrationstest ergab sich bei den Ulcuskranken fraglich häufiger eine verringerte Frustrationstoleranz als bei den Gastritikern ³⁾. Es zeigte sich keine ulcusspezifische Abweichung in der Reaktionsrichtung (Extrapunitivität, Intropunitivität und Impunitivität) und in der Reaktionsart (Dominieren des Hindernisses, Überwiegen des Ich und Betonung der Problemlösung). Bei a l l e n Magenkranken fand sich eher ein Ausweichen vor der Schuldfrage und die Suche nach der Problemlösung. Während die Ulcuskranken anscheinend häufiger ³⁾ die Lösung der vereitelnden Situation von ihrer Umgebung erwarteten, neigten die Gastritiker weit eher dazu ²⁾,

1) signifikant bei 0,2% Überschreitungswahrscheinlichkeit;
2) signifikant bei 1% Überschreitungswahrscheinlichkeit;
3) signifikant bei 5% Überschreitungswahrscheinlichkeit.

die Lösung des Problems offensichtlich selbst in Angriff zu nehmen, als sie von anderen zu erwarten.

Nach Ausführungen von Hartmann (23) fühlt sich der Ulcus-krankte "bei der Begegnung mit Hindernissen entsprechend seiner Natur zu deren Überwindung getrieben" und nach Meinung Glatzels (17) "verharrt der Ulcuskrankte in seinem Konflikt", ohne in der Lage zu sein, sich daraus zu befreien. Beide Aussagen konnten wir bestätigen; einerseits hatten unsere Ulcuskranken den Wunsch, die problematische Situation im Test zu klären, andererseits erwarteten sie deren Lösung aber besonders oft von anderen. Ein Teil der Ulcuskranken ist offenbar aufgrund der Antriebsschwäche und Affekt-lahmheit [Glatzel (19)], der Abhängigkeit und hilfesusuchen-den Anlehnungstendenzen [Alexander (1)], [Hartmann (23)], der Passivität und der Unmöglichkeit der adaequaten motorischen Äußerung [Schwigger (53)] zwangsläufig auf die Hilfe anderer bei der Lösung einer problematischen, frustrierenden Situation angewiesen. Die Dissoziation zwischen "Wollen" und "Nicht-Können" ist bei solchen Patienten anscheinend ein ulcusbegünstigender Teilfaktor.

Der Wert des Bilderfrustrationstests liegt unseres Erachtens aber weniger in einem Vergleich von verschiedenen Gruppen, als vielmehr in der Beurteilung des Einzelfalles. Es zeigten sich dabei, wie die Beispiele auf S.62 es andeuten, bei einigen Ulcuskranken Tendenzen zur Selbstbeschuldigung, bei anderen mehr zur Aggression nach außen, ebenso die Neigung zur Selbstverteidigung oder gar der Wunsch, meist aus einem gewissen Schuldgefühl heraus, vereitelnde Situationen selbst zu lösen. Häufig ließen sich mit Hilfe des Tests spezifische Frustrationssituationen und Konfliktgrundlagen des konkreten Lebens ermitteln oder dem Patienten bewußt machen.

Als typische Konfliktsstoffe fanden wir bei unseren Ulcus-, aber auch Gastritiskranken in Übereinstimmung mit zahlrei-

chen Autoren überwiegend Schwierigkeiten im beruflichen Bereich, sei es mit Vorgesetzten oder Untergebenen, sei es durch falsche Berufswahl oder durch unbefriedigten Ehrgeiz bei zu hohen eigenen Ansprüchen. Materielle Probleme, auch der Wunsch nach mehr Geld spielten oft eine entscheidende Rolle. Dominierende Konfliktfaktoren sind auch bei Glatzel (21) und Schwidder (59) Berufsprobleme, bei Hoyer-Pedersen (27) perfektionistische Tendenzen, bei Boss (5) und Jores (30) Jagd nach Geld und Besitz, bei von Weizsäcker (60) Kampf um Geltung in der Welt, vor dem Gewissen, um soziales Prestige und bei Garma (15) Streben nach sichtbaren Triumphen. Als wichtigsten aktuellen Konflikt des Ulcuskranken spricht Garma (15) sexuelle Frustrationssituationen an. Wir fanden derartige Probleme in der Vorgeschichte nur einiger Kranker; siehe z.B. Fall 6 auf S. 66. Abnorme Erlebnisreaktionen und Phobien konnten wir ebenfalls nur bei einer Minderzahl unserer Magenkranken feststellen.

Zur Erlangung von Unterschieden nach Art und Schwere von Konfliktgrundlagen zwischen Ulcuskranken und Gastritikern bedarf es möglicherweise eines größeren Krankengutes. Andererseits lesen wir bei Schwidder (53), daß für einige Autoren "Magenneurose, Gastritis und Ulcus fließende Übergänge haben und nicht zu trennen sind."

Die Ergebnisse unserer testpsychologischen Untersuchungen decken sich nur zum Teil mit den Aussagen über psychosomatische Zusammenhänge in der Literatur. Sie zeigen jedoch in Übereinstimmung mit ihr, daß es keinen einheitlichen Ulcustyp gibt.

Die Arbeit soll Anregung zu weiteren psychodiagnostischen Testungen sein.

VI. Zusammenfassung.

Zur quantitativen Erfassung von Persönlichkeitseigenarten wurden 46 Patienten mit Ulcus duodeni, davon 22 mit Rezidiv-Ulcus und eine Vergleichsgruppe von 44 Patienten mit Gastritis mit Hilfe psychologischer Testmethoden untersucht. Angewandt wurden ein Entfaltungstest und vier Persönlichkeitsfragebogen. Die Ergebnisse bei den Ulcuskranken wurden zum Teil auch mit denen von 40 Normalpersonen einer Parallel-dissertation verglichen.

Die Ulcuskranken, insbesondere die Untergruppe von 22 Patienten mit Rezidiv-Ulcus hielten sich nach einer Direktbefragung für kontaktfreudiger und gesellschaftsliebender, weniger verschlossen und gehemmt, aber auch weniger streitbar und gereizt, sowie weniger gleichgültig und lässig als die Gastritiker. Ebenso schätzten sie sich für aktiver ein. Nach einem objektiveren Test (situatives Verhalten) waren die Patienten mit Rezidiv-Ulcus aber durch eine verringerte psychische und motorische Aktivität gekennzeichnet.

Eine neurotische Persönlichkeitsstruktur ließ sich im Test nach Eysenck bei den Ulcus- und Gastritiskranken gleich selten wie bei den Normalpersonen feststellen. Dagegen war die Tendenz zu neurotischem Verhalten bei den Ulcuskranken deutlich größer als bei den Normalpersonen. Zugleich zeigte sich bei einem anderen Teil der Ulcuskranken eine deutlichere Neigung zur "Simulation" als bei Personen ohne Ulcus, einschließlich Gastritikern.

Bei allen Magenkranken ergab sich eine negative Korrelation zwischen Neurose- und Simulationstendenz.

Die Untersuchung der Aggressionsrichtung und -art ließ keine ulcusspezifische Abweichung erkennen. Bei Ulcus u n d

Gastritiskranken fand sich überwiegend ein Ausweichen vor der Schuldfrage und eine Suche nach Lösung der problematischen Situation. Die Frustrationstoleranz war bei den Ulcuskranken (im Test) jedoch geringer als bei den Gastritikern.

Die testpsychologischen Untersuchungen zeigen verschiedene, teils gegensinnige Normabweichungen der Ulcuskranken.

VII. Literaturverzeichnis.

1. Alexander, F., Psychosomatische Medizin, Grundlagen und Anwendungsgebiete, Walter de Gruyter u. Co, Berlin 1951
2. Alvarez, zitiert bei Alexander, F., (1.)
3. Bergmann, G., von, zitiert bei Katsch, G. u. H. Pickert: Die Krankheiten des Magens, Handb. inn. Med., 3/1, 581, 4. Aufl., Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1953
4. Bonfils, S., Emotionen und experimentelle Ulcuse Entstehung, Fellingner, K., Funktionsabläufe unter emotionalen Belastungen, S. Karger, Basel u. New York 1964
5. Boss, M., Psychosomatische Medizin, Die chronisch-idiopathisch Magen-Darmkranken, Hans Huber, Bern 1954
6. Breitenstein, L., Untersuchungen über Persönlichkeitseigenarten von Ulcus duodeni-Kranken mit Leistungs-, Interessen- und Entfaltungstests, Inaugural-Dissertation, Marburg, 1966
7. Brinton, W., zitiert in P. Aboulker, L. Chertok, M. Sapir, Psychosomatique et Gastro-Entérologie, Masson u. Cie, Paris 1962, p. 1
8. Burger, R. u. A. Lambling, Formes cliniques psychosomatiques de la maladie ulcèreuse, Psychosomatique et Gastro-Entérologie, Masson u. Cie, Paris 1962
9. Carlson, zitiert in P. Aboulker, L. Chertok, M. Sapir, Psychosomatique et Gastro-Entérologie, Masson u. Cie, Paris, 1962, p. 1
10. Christian, P., Psychohygiene der Zivilisationskrankheiten, Ärztl. Mitt., 47, 2406, (1960)
11. Conn, zitiert bei Glatzel, H., Die Ursachen und Entstehungsbedingungen des Magen- und Duodenalgeschwürs, Fortschr. d. Diagnostik u. Therapie, 1, 10/11, 1951

12. Dietzel, M., Untersuchungen über Persönlichkeitseigenarten des juvenilen Hochdrucks, Testpsychologisches Teilprogramm II, Inaugural-Dissertation, Marburg, (in Vorbereitung)
13. Draper u. Touraine, zitiert bei Alexander, F., (1.)
14. Eysenck, H.J., Fragebogen als Meßmittel der Persönlichkeit, Z. f. exp. u. angew. Psychol., 1, 291, (1953)
15. Garma, A., Eine Theorie über die Entstehung von Magen- und Darmgeschwüren. Psyche, 5, 293, (1952)
16. Gilles de la Tourette, zitiert in P. Aboulker, L. Chertok, M. Sapir, Psychosomatique et Gastro-Entérologie, Masson u. Cie, Paris 1962, p. 1
17. Glatzel, H., Ulcuspersönlichkeit und Ulcuserlebnis, Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 65, 504, (1945)
18. Glatzel, H., Magengeschwür und Beruf, Ärztl. Wschr., 1/2, 424, (1946-47)
19. Glatzel, H. u. M. Pasche, Krankheitsgestaltung und Charakter, Ärztl. Wschr., 1/2, 993, (1946-47)
20. Glatzel, H., Zur Psychosomatik der Ulcuskrankheit, Z. f. Psych.-somat. Med. 1, 11 (1954/55)
21. Glatzel, H., Die psychischen und sozialen Wurzeln der Ulcuskrankheit, Med. Welt, 24, 1305, (1964)
22. Hagsphil, K., Das Besitzproblem im auslösenden Konflikt bei Magen-Darmerkrankungen, Z. f. Psych.-somat. Med., 1, 21, (1954/55)
23. Hartmann, zitiert bei Alexander, F., (1.)
24. Heiß, R., Tagungsbericht: Das Magengeschwür in psychosomatischer Sicht, Z. f. Psych.-somat. Med., 1, 231, (1954/55)
25. Hörmann, H. u. W. Moog, Der Rosenzweig P-F Test, Deutsche Bearbeitung, Handanweisung, Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen

26. Hofstätter, P.R., Polaritätsprofil, Psycholog. Beiträge, 2., 526, (1955)
27. Hojer-Pedersen, zitiert bei López Ibor, J.J., Psycho-somatische Forschung, Psychiatr. d. Gegenwart, 1/2, 77, Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1963
28. Horn, H. u. J. C. Brengelmann, Neurotische Tendenzen und Lügentendenzen bei Strafgefangenen, Z. f. diagn. Psychol., 3, 331, (1955)
29. Janke, W. u. H. Boss, Experimentelle Untersuchungen über die psychischen Wirkungen eines neuen Psychotonocums, Arzneimittel-Forschung, 11, 783, (1961),
30. Jores, A., Vom kranken Menschen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1960
31. Kalk, H., Das Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür im Kriege, Georg Thieme Verlag, Leipzig 1945
32. Kapp, F.T., M. Rosenbaum, J. Romano, Psychological Factors in Men with Peptic Ulcers, Am. J. of Psychiatr., 103, 700, (1946-47)
33. Katsch, G. u. H. Pickert, Die Krankheiten des Magens, Handb. inn. Med., 3/1, 545, 4. Aufl., Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1953
34. Koller, S., Graphische Tafeln zur Beurteilung statistischer Zahlen, 2. Aufl., Verlag Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1943
35. Konjetzny, G. E., Die Geschwürsbildung im Magen, Duodenum und Jejunum, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1947
36. Kurzbericht vom Hamburger Symposium vom 13. und 14. 6. 1962, Befinden und Symptom im Erlebnisfeld des Kranken und Ärztlicher Befund, H.R. Geigy A.G., Basel
37. Margolin, zitiert in P. Aboulker, L. Chertok, M. Sapir, Psychosomatique et Gastro-Entérologie, Masson u. Cie, Paris 1962, p. 1

38. Marmor, zitiert in P. Aboulker, L. Chertok, M. Sapir, Psychosomatique et Gastro-Entérologie, Masson u. Cie, Paris 1962, p. 1
39. Mayr, O., Schicksalspsychologische Untersuchungen an Patienten mit Ulcus duodeni und ventriculi, Praxis, Schweiz. Rundsch. f. Med., 36, 1190, (1964)
40. Meinhold, Ch., Untersuchungen über Persönlichkeitseigenarten des juvenilen Hochdrucks, Testpsychologisches Teilprogramm I, Inaugural-Dissertation, Marburg, (in Vorbereitung)
41. Modell u. Potter, zitiert in P. Aboulker, L. Chertok, M. Sapir, Psychosomatique et Gastro-Entérologie, Masson u. Cie, Paris 1962, p. 1
42. M'Uzan, M., de, S. Bonfils, A. Lambling, Éléments psychosomatiques du Pronostic de l'Ulçère Gastroduodenal, Psychosomatique et Gastro-Entérologie, Masson u. Cie, Paris 1962
43. Neumann-Kern, V., Die Lügentendenzen und ihre Beziehung zu den neurotischen Tendenzen im Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen bei weiblichen Jugendlichen, Z. f. diagn. Psychol. 3, 124, (1955)
44. Neumann-Kern, V., Die Lügentendenzen und ihre Beziehung zu den neurotischen Tendenzen im Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen, bei männlichen Jugendlichen, Z. f. diagn. Psychol. 5, 106, (1957)
45. Pflanz, M., Th. v. Uexküll, Entlastung als pathogenetischer Faktor, Klin. Wschr., 30, 414, (1952)
46. Pflanz, M., E. Rosenstein, Th. v. Uexküll, Socio-Psychological Aspects of Peptic Ulcer, J. Psychosom. Research, 1, 68, (1956)
47. Pickert, H. Der Magenkranke im Berufsleben, Handb. d. ges. Arbeitsmedizin, 3, 105, Urban und Schwarzenberg Verlag, Berlin, München, Wien 1962

48. Richet, zitiert in P. Aboulker, L. Certok, M. Sapir, Psychosomatique et Gastro-Entérologie, Masson u. Cie, Paris 1962, p. 1
49. Rosenzweig, S., The Picture-Association Method and its Application in a Study of Reactions to Frustration, J. of Personality, 14, 3, (1945)
50. Rosenzweig, S., E.E. Fleming, H.J. Clarke, Revised Scoring Manual for the Picture-Frustration Study, J. Psychol. 24, 165, (1947)
51. Schauer, H., Der Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen (MMQ) in der klinischen Psychologie, Diagnostica, 2/1, 8, (1956)
52. Schneider, J. A., Farbwahl und Krankheit, Med. Welt, 2, 2279, (1962)
53. Schwidder, W., Die Bedeutung psychischer Faktoren in der Ätiologie der Ulcuskrankheit, Psyche, 4, 561, (1951)
54. Silbermann, S. J., Experimentelle Magendudenalulcuserzeugung durch Scheinfüttern nach Pawlov, Zbl.f. Chir., 54, 2385, (1927)
55. Soavi, G.C., L. Rosei, Psychosomatische Aspekte der unspezifischen, chronischen gastroduodenalen Entzündung, Z. f. Psych.-somat. Med., 7, 301, (1960/61)
56. Spiegelberg, U., Psychosomatische Probleme in psychiatrischer Sicht, Med. Welt, 2, 1681, (1962)
57. Spiegelberg, U., Zur Psychosomatik des Ulcus pepticum und der Colitis ulcerosa, Bürger-Prinz, H. u. F.J.M. Winzenried, Befinden und Symptom, Erlebnisfeld des Kranken und ärztlicher Befund, Verlag F.K. Schattauer, Stuttgart 1964
58. Sullivan, A.J., Mc Kell, Personality Disorders in Gastroenterology, Gastroenterology 9, 524-538, (1947)
59. Tagungsberichte: Probleme der Psychosomatischen Medizin, Z. f. Psych.-somat. Med., 7, 146, (1960/61)

60. Weizsäcker, V., von, zitiert bei Hollmann, W., E. Hantel, Klinische Psychologie und soziale Therapie, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1948
61. Wieck, H.H., A. Kallenberg, G. Lieber, W. Pauli, H.-E. Posth, Klinische Untersuchungen zur Psychosomatik der Ulcuskrankheit, Fortschr. d. Neurol. u. Psychiatr., 27, 133, (1959)
62. Wolf, S., H.G. Wolff, zitiert in P. Aboulker, L. Chertok, M. Sapir, Psychosomatique et Gastro-~~Ent~~érologie, Masson u. Cie, Paris 1962, p. 1
63. Wretmark, G., The Peptic Ulcer Individual, Einar Munksgaard, Kopenhagen, 1953

Lebenslauf.

Am 13. Dezember 1936 wurde ich als Tochter des Gießerei-Ingenieurs Artur Hoffmann und seiner Ehefrau Marta, geb. Umlauf in Essen geboren.

Die Volksschulzeit verbrachte ich in Gäbersdorf bei Breslau und in Nieder-Laasphe, Kreis Wittgenstein.

In Biedenkopf trat ich 1947 in das Staatliche Gymnasium für Jungen ein. Ab 1950 besuchte ich die Frau Rat Goetheschule, ein neusprachliches Mädchengymnasium in Duisburg und legte am 12. März 1957 dort die Reifeprüfung ab. Im Sommersemester des gleichen Jahres begann ich das Medizinstudium an der Philipps-Universität in Marburg und machte hier im Herbst 1960 das Physikum.

Das Sommersemester 1961 verbrachte ich in Freiburg im Breisgau.

Vom Wintersemester 1961 bis zum Sommersemester 1963 studierte ich wieder an der Universität in Marburg. Am 9. April 1964 bestand ich hier das Staatsexamen. Danach beschäftigte ich mich zunächst mit meiner Doktorarbeit.

Im Januar 1965 begann ich meine Medizinalassistentenzeit, und zwar war ich vom 1. Januar 1965 bis 28. Februar 1965 Pflichtassistentin an der Universitäts-Augenklinik in Marburg, vom 1. März 1965 bis 31. August 1965 an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Marburg und vom 1. Oktober 1965 bis 31. Dezember 1965 an der Dermatologischen Universitätsklinik in Marburg.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren
und Dozenten:

in Marburg: Beckmann, Berendes, Bickel, Bock, Braun-Falco,
Bücher, Dimroth, Exner, Förster, Gedigk, Gross,
Hamm, Hartmann, Hensel, Heuser, Hildebrandt,
Hornung, Huber, Jakob, Kessel, Lang, Linneweh,
Löhr, Mahr, von Manger-König, Marx, Mattes,
Maurath, Meyer, W., Müller, H.A., Neubauer,
Niessing, Nieth, Oksche, Overbeck, Petry,
Pirson, Prinz, Rollhäuser, Schmid, Schmitz, H.,
Schölmerich, Schultze, Schwaiger, Seidel, Siegert,
Siess, Straub, Streicher, Vogt, Walcher, Wendt,
Würterle

in Freiburg: Büchner, Creutzfeldt, Dietz, Heilmeyer, Illig,
Kalkhoff, Keiderling, Kosłowski, Krauss,
Kümmerle, Macher, Noetzel, Pfister, Stutz,
Wimhöfer

